

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA RECTOSCOPIE
SES INDICATIONS DIAGNOSTIQUES
ET THERAPEUTIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Avril 1937

PAR

Paul GAUDEMARD

Diplômé d'Hygiène

Né le 10 Septembre 1909 à Arles (Bouches-du-Rhône)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY : } MM. VIRES, prof. président.
LAPEYRE, professeur.
BAUMEL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DES SAUVAGES

1937

DE LA RECTOSCOPIE
SES INDICATIONS DIAGNOSTIQUES
ET THERAPEUTIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 46

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA RECTOSCOPIE SES INDICATIONS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Avril 1937

PAR

Paul GAUDEMARD

Diplômé d'Hygiène

Né le 10 Septembre 1909 à Arles (Bouches-du-Rhône)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY: { MM. VIREs, prof. président,
LAPEYRE, pro essneur.
BAUMEL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DES SAUVAGES

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	GABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRE
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUWEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUWEL
	VIDAL
	P. RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. VIRES, Prof. président,
LAPEYRE, Professeur.

MM. BAUWEL, Agrégé
MOURGUE-MOLINES, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE — A MA MERE

A MES PARENTS

A MA FIANCEE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage et profonde reconnaissance.



A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ Jean BAUMEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré l'idée de ce
travail, nous exprimons ici toute
notre gratitude.*



Introduction

La difficulté du diagnostic des affections du segment terminal du tube digestif, rectum et sigmoïde, devait amener le praticien à demander à l'exploration locale des précisions que ne peut fournir le seul examen clinique du malade. Toucher rectal et examens radioscopiques sont assurément des moyens d'investigation précieux. Mais il est certaines lésions que la clinique soupçonne, que bien souvent le toucher et la radioscopie ne peuvent ni préciser ni situer ; il est donc indispensable de les voir pour établir leur diagnostic d'une façon formelle, pour les identifier, pour suivre leur évolution, et pour connaître l'influence que peut avoir la thérapeutique mise en œuvre.

Méthode d'investigation réservée, il y a quelques années encore aux seuls spécialistes des endoscopies digestives, la rectoscopie par la simplicité actuelle de sa technique, et par l'importance des renseignements, qu'elle fournit au praticien, doit faire partie de tout examen systématique du segment terminal du tube digestif.

Après les premiers essais de Désormeaux en 1853, la rectoscopie tombe dans l'oubli jusqu'au jour où KELLY, en 1895, reprenant l'idée du chirurgien français, perfectionne appareil et technique. BENSAUDE, en France, après les travaux des américains KELLY, PENNINGTON, TUTTLE et de l'allemand STRAUSS met au point cette méthode et s'efforce de la vulgariser.

Si nous nous reportons à la thèse du docteur Emile PREL, déjà ancienne il est vrai, nous lisons : « Il est curieux de constater qu'en France, pays pourtant où l'on cherche et innove sans cesse, cette méthode n'ait pu s'acclimater, malgré les efforts d'HARTMANN, de son élève OKINCZYK, de LION et BENSAUDE et de quelques autres auteurs : « Depuis 1908, sous l'impulsion du Docteur BENSAUDE dont les traités font autorité en la matière, la rectoscopie en France est mieux connue ; d'un usage facile, elle est cependant encore peu employée, d'une manière générale.

Le travail que nous avons l'honneur de publier repose sur la grande expérience que possède de cette méthode, notre Maître, Monsieur le Professeur BAUMEL, qui dans sa clientèle hospitalière ou privée, a pratiqué plus de dix mille examens rectoscopiques.

Nous décrirons tout d'abord l'appareil ainsi que la technique de l'examen du malade. Après avoir posé les indications de la rectoscopie, nous insisterons tout particulièrement sur son importance dans la discussion des éléments du diagnostic, et au point de vue thérapeutique.

Ainsi le praticien aidé par le contrôle de la vue et par le résultat de la biopsie, ne méconnaîtra pas le néoplasme pour porter ce diagnostic si commode d'hémorroïdes ; il dépistera précocement un rétrécissement du rectum, et évitera à un homme de trente ans l'infirmité d'un anus iliaque.

Enfin nous montrerons les services que peut rendre la rectoscopie dans la thérapeutique ; et, si par les ressources qu'offre l'emploi de cette méthode, il est permis d'avoir l'espoir d'atténuer souvent la souffrance, et d'être parfois plus fort que le mal, nous estimerons avoir fait œuvre utile en consacrant quelques pages à un tel sujet.

CHAPITRE PREMIER

Le Matériel

Nous ne reprendrons pas ici un historique de la question, qui, des premiers tâtonnements dans la mise au point des appareils et des techniques, nous conduirait au rectoscope actuel et à son emploi relativement simple, malgré quelques difficultés plus apparentes que réelles. Nous dirons seulement que dans la chronologie des faits, les premiers auteurs à la suite de BODENHAMER, voulurent faire épouser aux endoscopes rectaux la forme de la paroi intestinale, et, dans ce but, utilisèrent des rectoscopes flexibles. L'expérience montra rapidement la supériorité des rectoscopes formés par un tube rigide qu'employèrent par la suite SIMS, OTIS et ALLINGAM par exemple.

Le premier recto-sigmoïdoscope pratique est imaginé par KELLY, et, sous l'impulsion de cet auteur, en Amérique, en Allemagne, en France, TUTTLE, STRAUSS, HARTMAN, LION et BENSAUDE utilisent des modèles de plus en plus perfectionnés.

L'instrumentation actuelle comprend des tubes métalliques de longueurs différentes correspondant aux examens de l'anus, du rectum et du sigmoïde.

L'Endoscope Anal ou *Anuscope*, est un tube rigide de 6 centimètres de long et de 20 à 25 millimètres de diamètre, légèrement tronc conique, et monté sur une embase évasée sur laquelle se visse le manche. Le tube de l'anuscopie imaginé par BENSAUDE tourne sur son embase, permettant d'orienter l'extrémité taillée en bec de flûte vers la lésion à examiner ou à traiter. Notons cette disposition particulièrement heureuse qui facilite certaines interventions, le traitement des hémoroïdes par exemple par des injections sclérosantes.

L'appareil se manœuvre avec facilité, un manche de 15 centimètres dépassant largement la rainure interfessière, le mettant bien en mains; des anusscopes en verre permettent l'isolement nécessaire à un étincelage de la muqueuse : ils sont rarement utilisés en pratique. Un simple miroir frontal ou une lampe mobile, éclairent parfaitement cette portion très courte du canal anal.

Le *Rectoscope* encore appelé *Proctoscope* est généralement un tube de 15 centimètres de long et de 20 millimètres de diamètre. Il ne diffère d'ailleurs que par sa longueur du *Sigmoïdoscope*, habituellement utilisé et dont nous décrivons le modèle, qui dans le service, de gastro-entérologie de M. le Professeur BAUMEL a toujours permis des examens faciles. (Cf : fig. 1 et 2).

Ce *Recto-Sigmoïdoscope*, se compose essentiellement d'un tube de longueurs variables : 22, 30, 35 centimètres muni de son manche, monté sur un mandrin obturateur, et d'un système d'éclairage.

1°. — *Le Tube* quelle que soit sa longueur, a généralement 20 millimètres de diamètre; il est nickelé à l'extérieur, et gradué en centimètres à partir de l'extrémité proximale jusqu'à son extrémité distale. Pour atténuer la réverbération de l'éclairage, la face interne du tube est recouverte



*fig. 1 : Les divers tubes rectoscopiques avec leur mandrin
et l'appareil d'éclairage*

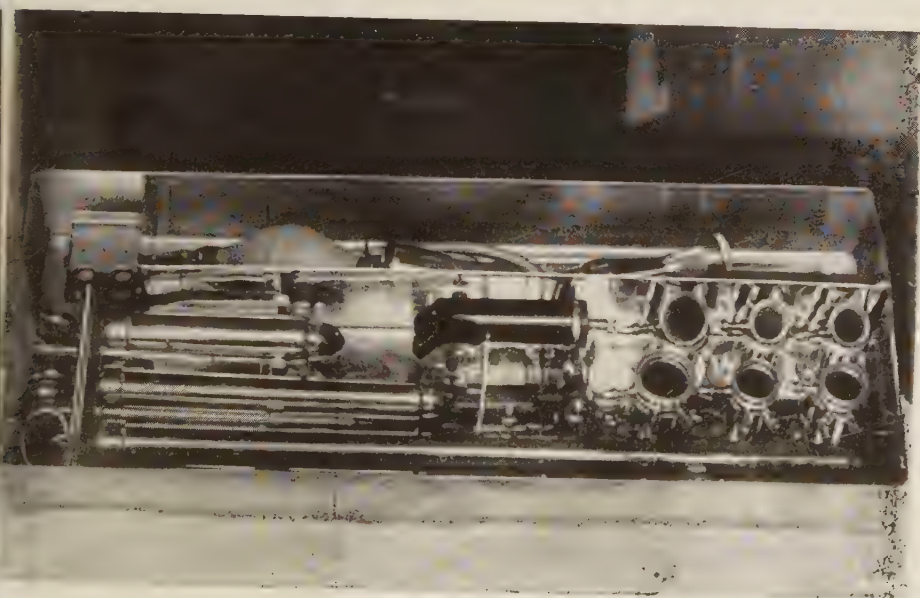


fig. 2 : « Endoscopes de Collin »



d'un enduit mat, qu'un écouvillonnage trop serré lors du nettoyage détruirait à la longue si l'on n'y prenait garde. Au moyen d'une fixation en baïonnette, on adapte sur le bout externe du tube un oculaire muni d'une tubulure latérale permettant l'exploration rectale et l'insufflation.

2°. — Le tube endoscopique est monté sur un *Mandrin Obturateur*.

Celui-ci se termine par une partie ovale qui ferme l'extrémité du tube et en facilite ainsi l'introduction.

A chaque endoscope s'adapte un mandrin obturateur particulier de même longueur.

3° *L'Appareil d'Eclairage* peut être *interne*, placé au voisinage immédiat de la muqueuse, ou à une certaine distance de celle-ci ; ou bien encore *externe*, fourni soit par une lampe frontale, soit par un dispositif spécial imaginé par BENSAUDE. Cet auteur se sert d'une lampe de 8 volts montée sur un manche mobile s'adaptant au tube. Un miroir incliné à 45 degrés, percé en son centre et fendu pour permettre certaines interventions thérapeutiques, réfléchit les rayons lumineux.

L'éclairage interne est représenté par une petite lampe de 2 à 4 volts — elle se grille parfois, il n'est pas superflu d'en prévoir le remplacement — portée à l'extrémité interne du tube par une longue tige. La muqueuse rectale est parfaitement éclairée et si la préparation du malade à l'examen rectoscopique a été faite selon les règles, la lampe est rarement ternie par les sécrétions et les matières. Nous employons habituellement l'éclairage interne, réservant l'usage de l'éclairage externe pour examiner la région sphinctérienne, pratiquer une biopsie ou une intervention thérapeutique.

Nous nous servons d'une façon générale du courant électrique comme source lumineuse. Il existe en effet des rhéos-

tats portatifs permettant d'utiliser des courants de 110 ou 220 volts. Et, si l'exercice de la profession éloigne parfois des commodités matérielles de la ville, il est facile d'avoir recours à des piles sèches couplées, qui, plus maniables que des accumulateurs, donnent un éclairage suffisant.

L'examen rectoscopique pratiqué dans le but d'établir un diagnostic ou d'appliquer une thérapeutique, nécessite l'emploi d'un certain nombre *d'Instruments Accessoires*.

La pince à biopsie, en particulier la pince de BRUNINGS atteint la néoformation ou l'ulcération suspectes. De longues pinces à mors vont saisir tampons ou débris de côton échappés de la tige porte-tampon au cours d'une application médicamenteuse.

De petites éponges débarassent intestin et endoscope des sécrétions liquides qui peuvent les souiller. Une cuvette placée entre les jambes du patient, reçoit le mandrin obturateur, les divers instruments souillés au cours de l'examen, et au besoin le dernier jet d'un intestin mal lavé. Nous n'insistons pas sur la nécessité pour l'opérateur de travailler les mains gantées (J. BAUMEL).

Le malade est placé sur une table d'examen rigide de modèle courant. Une rectoscopie n'exige pas l'emploi d'une table spéciale comme celle de CHIRAY et de GOZLAN par exemple. Signalons qu'une loupe permet un examen précis d'une ulcération peu nette, et guide avec sûreté la pince de Brunings. Enfin une soufflerie de thermocautère permettant l'insufflation rectale s'adapte à tous les appareils. Tels sont les instruments accessoires, indispensables aux examens rectoscopiques dont R. BENSAUDE dans son traité *d'Endoscopie « Rectoscopie, Sigmoidoscopie »* a d'une façon si précise et si complète fixé les indications.

Indications de la Rectoscopie.

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici après BENSAUDE qu'on doit systématiquement avoir recours à elle :

1°. — Chaque fois qu'un malade présente des symptômes locaux (douleur, ténésme, selles muqueuses ou purulentes etc...) témoignant d'une affection recto-colique.

2°. — En présence d'une perte de sang par l'anus (hémorragie qu'on n'attribuera pas sans examen à des hémoroïdes).

3°. — Lorsque des troubles intestinaux chroniques (constipation, fausse diarrhée, douleurs) surviennent vers la quarantaine chez un sujet jusque là bien portant.

4°. — Au cours d'une diarrhée chronique ne cédant pas aux traitements habituels.

5°. — Toutes les fois que l'état général d'un malade fait soupçonner un cancer sans que des symptômes précis en indiquent le siège.

6°. — Enfin en présence de toute occlusion intestinale dont l'origine demeure obscure.

Comme nous l'avons fait remarquer dans notre introduction, la rectoscopie ne prétend pas exclure les autres procédés d'investigation : toucher rectal et radioscopie.

Elle permet de contrôler par la vue les résultats fournis par le toucher ; d'explorer l'anse sigmoïde et la partie terminale du gros intestin jusqu'à 35 centimètres au-dessus de l'anus, régions qui échappent totalement au doigt. Elle montre enfin des lésions que le doigt ou la radioscopie ne peuvent pas apprécier. Il serait facile de développer à cette place une question dont notre thèse montre toute l'import-

tance, celle de l'étude des lésions de la muqueuse qui relève du seul domaine de la rectoscopie.

On peut objecter que le toucher rectal et la radioscopie ont sur la rectoscopie l'avantage d'être des moyens d'investigation dépourvus de danger, et, à l'appui de cette assertion, certains peuvent citer tels ou tels accidents causés par le rectoscope: des cas de perforation du sigmoïde — Chifolian, et Malleysson — ou du rectum, Retzlaff-Schmitt. Nous faisons justice de ces assertions au cours de notre thèse.

G. MENEGAUX, dans un article paru dans « la Presse Médicale » du 6 Décembre 1933 sur les « accidents graves de la rectoscopie », relate 10 observations de perforation du rectum.

Nous ne voulons pas éliminer de ces observations, les cas où le malade était porteur de lésion grave ou d'un diverticule. Pour ceux-ci, tout comme pour ceux où il y eut perforation d'un rectum sain, nous pensons que l'accident ne tient pas à la méthode même mais à une façon défectueuse de l'appliquer. L'expérience montre que le rectum admet facilement le tube du rectoscope. L'anse sigmoïde s'adapte parfaitement à l'introduction de l'instrument et se moule sur le rectoscope comme « un doigt de gant sur un bâton rigide » selon l'expression de MUMMERY. « Le seul accident que je connaisse dit MUMMERY m'a été rapporté par la personne à qui cela arriva. Cette personne n'avait aucune expérience de l'endoscopie recto-colique. Le patient était un homme qui avait souffert d'un abcès appendiculaire situé dans le pelvis, et il y avait là des adhérences entre les parois de l'abcès et l'anse sigmoïde. On regardait le patient comme atteint d'une tumeur maligne de l'anse sigmoïde.

Le chirurgien rencontrant quelques difficultés dans le pas et essaya de pousser l'instrument, par tâtonnement. C'est et essaya de pousser l'instrument, par tâtonnement. C'est naturellement une mauvaise manière de se servir de l'ins-

trument. Il en résulta qu'un repli de l'intestin fut perforé et l'extrémité du rectoscope entra dans la cavité péritonéale ».

Cette observation se passe de commentaires.

En pratique qu'il s'agisse d'examiner un rectum supposé sain, à fortiori, qu'il s'agisse d'un examen dans des cas de diverticulite, de sigmoïde, toute manœuvre de force doit être écartée.

Lorsque le rectoscope a franchi le sphincter anal, nous retirons le mandrin obturateur et sous le contrôle de la vue nous faisons progresser le tube à travers un intestin dont nous devons faire épouser la forme par des manœuvres d'asynclitisme appropriées. Le tube rectoscopique ne doit progresser que dans la cavité intestinale qui le précède et qui a été nettement repérée par l'opérateur. La position genu-pectorale généralement employée restreint, si on tient compte des observations précédentes, l'usage de l'insufflation qui ne doit être employée qu'avec modération. La rectoscopie, dans ces conditions est une manœuvre inoffensive et pratiquement dépourvue de danger.

L'âge, l'état cachectique des malades ne sont pas une contre-indication. Seul ce dernier peut commander un examen en décubitus latéral ou dorsal.

L'EXAMEN RECTOSCOPIQUE :

1° *Préparation du malade.*

On ne saurait procéder à un examen rectoscopique sans avoir au préalable évacué l'intestin du malade et nettoyé la muqueuse de toute souillure. Il est aisé d'évacuer le rectum. L'anse sigmoïde reste parfois encombrée de matières fécales, malgré des lavements répétés.

Aux sujets dont le transit intestinal est normal, nous administrons deux lavements d'un litre et demi d'eau tiède deux heures avant l'examen du malade, chaque lavement étant rendu immédiatement, et l'examen étant pratiqué une heure environ après l'administration du dernier lavement.

Dans les cas de constipation très rebelle, nous faisons prendre aux malades, la veille au matin une purge de 10 à 15 grammes d'huile de Ricin. Après émission des selles, un ou deux lavements préparent la muqueuse à l'examen.

En présence de malades diarrhéiques, nous faisons l'examen d'une façon plus précoce après le dernier lavement. A la rigueur, nous recommandons pendant les 24 heures qui précèdent cet examen, l'absorption de quelques gouttes de laudanum.

Perfectionnement moderne du rectoscope, de petits tubes permettent de faire extemporanément pendant les examens, l'aspiration du liquide qui pourrait gêner l'étude rectoscopique.

Il est bon de faire uriner le malade avant de procéder à la rectoscopie : ainsi selon l'idée de nos anciens maîtres, se trouvent vidés tous les réservoirs.

2° *Position du malade.*

Nous procédons alors à l'examen en plaçant le malade en position *genu-pectorale*, sur une table quelconque, bien matelassée, voire même sur un lit. Le sujet applique une joue à plat sur la table : il repose sur les épaules, ses bras sont pendants. Les jambes et les genoux doivent être écartés pour laisser la place libre à une cuvette chargée de recevoir les liquides qui, pourraient s'écouler pendant la rec-

toscopie. Si la position est bonne, le dos doit former un creux. La poitrine est plus basse que le bassin ; l'introduction du rectoscope, le déplissement de la muqueuse rectale sont ainsi facilités, évitant l'emploi de l'insufflation intestinale toujours désagréable pour le patient. Le malade est placé à une hauteur telle que l'opérateur assis sur l'esca-beau puisse agir avec aisance. Il n'est pas toujours superflu d'expliquer au patient l'utilité d'une position qui peut lui paraître un peu pénible ou même lui répugner. Un malade docile rend un examen facile, un examen facile est toujours un examen bien fait.

Le docteur BENS AUDE, lors des premiers examens rectos-copiques avait eu recours à l'anesthésie locale, en utilisant les propriétés analgésiques des courants de haute fréquence. Nous n'insisterons pas sur l'emploi d'un tel procédé actuellement abandonné. Il est des plus exceptionnels de falloir de nos jours recourir à une anesthésie locale. M. le Professeur BAUMEL, sur un chiffre très élevé de 10.000 rec-toscopies n'a pas fait dans sa pratique plus de dix anesthé-sies. La présence d'une fissure anale justifie parfois une application locale d'une solution de cocaïne à 2 %. Une anesthésie rectale suffisante dans la plupart des cas s'ob-tient en injectant dans le rectum environ 20 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 2 %.

3° Technique.

INTRODUCTION DE L'INSTRUMENT.

Le tube rectoscopique nettoyé avec soin après l'examen précédent à l'eau savonneuse, puis stérilisé soit par l'ébulli-tion, soit à l'autoclave ou au Poupinel est enduit à son extrémité d'une légère couche de vaséline.

Le malade étant en position génu-pectorale, nous introduisons alors avec douceur et horizontalement l'instrument muni de son mandrin obturateur. Le rectoscope doit ainsi être introduit à travers le canal anal, l'orifice est franchi sans difficulté.

On retire alors le mandrin obturateur, on met en place le système d'éclairage et on fait progresser le tube sous le contrôle de la vue.

Après le passage du segment anal qui ne mesure que deux ou trois centimètres, le rectoscope est dans l'ampoule rectale. Le rectum à ce niveau épouse sur 10 centimètres la concavité sacrée : il y a donc lieu de diriger l'extrémité interne du rectoscope en haut et à gauche. Quand le rectum est normal, son calibre va se retrécissant de l'ampoule jusqu'à son union avec le côlon pelvien. Arrivés à la jonction recto-sigmoïdienne, ce qui représente un trajet de 15 centimètres environ, le malade doit respirer profondément, afin de faire apparaître l'orifice de l'S iliaque. Le rectoscope est alors incliné en bas et à droite. Une insufflation modérée est parfois nécessaire pour faciliter le passage de l'anse sigmoïde. La progression du rectoscope dans le sigmoïde est d'autant plus facile que le méso-sigmoïde est plus long.

On peut selon les sujets et selon les lésions rencontrées, introduire le rectoscope jusqu'à des distances très variables de l'anus. Des adhérences péritonéales autour de l'intestin, des anses à méso court, les tumeurs mettent parfois dans l'impossibilité de pousser le tube au-delà du dernier pli sigmoïdien. Sinon on peut introduire le rectoscope jusque dans le côlon pelvien, c'est-à-dire jusqu'à 30 ou 35 centimètres de profondeur. Nous ne nous étendrons pas sur l'importance d'un examen rectoscopique de cette partie de l'intestin inaccessible au toucher, et sur laquelle la radioscopie ne fournit pas toujours des renseignements exacts.

4° *Cathétérisme rétrograde.*

Le rectoscope arrivé au terme de sa course doit être retiré avec douceur, et toujours sous le contrôle de la vue.

On note ainsi les ulcérations ou les petites hémorragies déterminées par le passage du tube, signes de friabilité de la muqueuse. L'attention doit se porter tout particulièrement sur l'examen de la région sphinctérienne dont le passage avec le mandrin obturateur en place, n'avait pas permis de vérifier l'état physiologique ou pathologique.

CHAPITRE II

Les données physiologiques

Sphincter. — La muqueuse du segment terminal du gros intestin présente à l'état normal une teinte uniforme, rouge rosé, claire dans la région sphinctérienne, plus marquée au niveau de la zone ampullaire.

Il existe sur la face interne du rectum, des replis muqueux, longitudinaux au voisinage du sphincter qui s'effacent au moment du passage de l'appareil. En plus de ces replis temporaires, la muqueuse rectale présente des saillies longitudinales ou *colonnes de Morgagni* au nombre de six à huit et longues de un centimètre qui ont la forme d'une pyramide triangulaire ou d'un bourrelet qui s'effile à son extrémité supérieure ou sommet, tandis qu'il s'élargit à son extrémité inférieure ou base. Les bases des colonnes de Morgagni sont reliées les unes aux autres par de petits replis transversaux minces, semi lunaires, les *valvules de Morgagni* qui limitent avec la paroi rectale des fossettes en nid de pigeon comparables à celles que forment les valvules sigmoïdes.

Rectum. — La région ampullaire est caractérisée par sa béance et par l'existence de replis permanents semi lunai-

res dirigés transversalement, appelés *valvules rectales* ou valvules de Houston.

Ces valvules correspondant aux sillons de la surface extérieure, sont assez variables dans leur situation, leurs dimensions, et leur nombre. A sept centimètres environ de l'anus, valvules de Houston, ou de Nelaton se croisent à angle droit avec la valvule sacrée inférieure.

Sigmoïde. Entre 12 et 14 centimètres on rencontre la jonction recto-sigmoïdienne, marquée par la présence d'un repli assez constant, semblable à une valvule de Houston. Cette valvule recto-sigmoïdienne en forme de croissant, siège le plus souvent à gauche. A l'entrée de l'S iliaque, une invagination de la paroi intestinale rappelle parfois l'aspect d'un col utérin : C'est le piston sigmoïdien.

Au niveau de l'S iliaque et de l'anse sigmoïde, la muqueuse est soulevée par des plis courts et minces, et, entre le 15^e et le 20^e centimètre, on voit souvent la paroi sigmoïdienne animée de battements dus à l'artère iliaque interne gauche, signalée et décrite, la première fois par MUMMERY.

Enfin le pli labié sépare entre le 32^e et le 35^e centimètre la portion ascendante de la portion descendante de l'anse sigmoïde : nous nous trouvons à la limite extrême accessible à l'endoscopie.

CHAPITRE III

Les données pathologiques

SPHINCTER — Néoformations végétantes et ulcérations Hémorroïdes

Ce ne sont certes pas parmi les lésions que nous rencontrons au niveau de l'orifice ou du canal anal, des érosions d'Herpes ou d'eczéma par exemple qui justifient une rectoscopie. Mais certaines excroissances ou végétations faisant saillie dans le canal anal, certaines ulcérations tuberculeuses, blennorragiques ou chancrelleuses doivent éveiller les soupçons, et faire procéder à un examen attentif. Bien souvent en effet, non seulement ces lésions s'étendent en fait à la muqueuse rectale, mais aussi elles causent au malade des sensations de gêne, de pesanteur, de prurit, de défécation incomplète ; elles se traduisent parfois par des périodes alternées de constipation et de diarrhée, par des contractions intestinales douloureuses : elles font donc songer à des lésions, ou à des tumeurs du rectum ou du sigmoïde. Les néoformations végétantes du canal anal que l'on peut rencontrer sont : les papillites ou hypertrophies papillaires, les papillomes vénériens, et les condylomes

formés autour d'une ulcération anale, chancrelle ou chancre induré.

La *Fissure Anale* constitue l'ulcération la plus fréquente de cette région. Cette ulcération généralement cachée au fond d'un des plis radiés de l'anus doit être recherchée avec beaucoup de soins en dépliant l'un après l'autre tous les plis de la muqueuse. Le toucher rectal et mieux encore le passage de l'anuscopie mettent en évidence la contracture spasmodique du sphincter qui ne manque jamais en pareil cas.

L'introduction de l'endoscope exige parfois l'anesthésie à la cocaïne de la région, et c'est dans quelques cas seulement en retirant très doucement le tube qu'il est possible d'apercevoir la zone ulcérée.

Qu'il s'agisse d'ulcérations ou de néoformations du canal anal, lésions très souvent extériorisées, tombant sous le contrôle de la vue ou appréciables au toucher, l'examen rectoscopique est cependant utile : il rend compte de l'étendue exacte des lésions, et, s'il montre une muqueuse saine, il permet de rassurer les malades obsédés parfois par la hantise d'une maladie grave, d'un cancer en particulier.

Parmi les lésions siégeant au niveau de l'orifice rectal, ou du canal anal, il nous semble indispensable d'insister sur les hémorroïdes. Externes, leur diagnostic est aisé. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes internes situées au niveau ou au-dessus de la région sphinctérienne. Lorsque les hémorroïdes sont accessibles au doigt, celui-ci peut ne faire aucune différence entre la muqueuse saine et la muqueuse pathologique, même si la dilatation veineuse est importante. Seul l'endoscope montre dans ce cas l'existence de veines congestionnées légèrement dilatées et violacées. Le plus souvent les veinules comprimées par l'endoscope donnent à la muqueuse une teinte lie-de-vin tranchant avec le rose de la muqueuse saine. Parfois

enfin c'est la présence d'un simple lacis noirâtre, parsemé d'érosions causées d'hémorragies qui fait porter le diagnostic d'hémorroïdes.

Il est assez rare de rencontrer en pratique des hémorroïdes haut situées. Sous-Sphinctérienne, telle est leur localisation prédominante. Parfois cependant en présence de pertes de sang importantes le rectoscope a montré à 10 ou 15 centimètres de l'anus non pas le néo recherché, mais d'importantes dilatations variqueuses. Le Docteur PREL dans sa thèse rapporte l'observation suivante : (In thèse de E. PREL, Paris 1908).

M. R... est atteint en Juillet 1906 d'une entérite grave qui résiste longtemps à tous les traitements. En août 1906 il remarque pour la première fois dans ses selles la présence de caillots de sang rouge — en Septembre, nouvelle hémorragie, plus abondante que la première. Par la suite les hémorragies deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus abondantes — consécutivement à ces spoliations sanguines répétées le malade accuse un affaiblissement général. Son teint est jaunâtre, presque blanc. Les conjonctives et les muqueuses en général sont décolorées.

A l'examen du rectum, on ne constate pas de bourrelet hémorroïdaires. Au toucher rectal, aussi profondément que l'on puisse pénétrer, le doigt ne constate rien d'anormal, à part quelques petites dilatations sans importance :

La *Recto-Sigmoïdoscopie* pratiquée par le Docteur BENSAUDE, montre à environ 12 centimètres de l'anus de grosses dilatations variqueuses. L'instrument est ensuite poussé plus profondément jusqu'à 26 ou 27 centimètres. La muqueuse apparaît parfaitement saine quoique très décolorée, presque blanche. La rectoscopie rétrograde montre bien que la portion inférieure du rectum au-dessous des dilatations variqueuses est normale.

Le lendemain le malade a une nouvelle hémorragie considérable et que l'on arrête difficilement. Le malade part pour consulter BOAS à Berlin. On pratique un nouvel examen rectoscopique. On constate au rectoscope qu'à 12 centimètres environ de l'anus il existe d'énormes dilatations variqueuses. Au-dessus comme au-dessous la muqueuse paraît absolument saine. On ne peut introduire l'instrument au-delà de 15 centimètres. On se décide alors à l'opération.

On pratique l'extirpation de la muqueuse et des dilatations veineuses, (ROSENSTEIN de Berlin), suivie de cautérisation, suites opératoires : guérison. Après cinq mois le malade n'a pas eu de nouvelle hémorragie. Sa faiblesse a presque disparu, ses muqueuses et son teint sont redevenus presque normaux.

Voici une autre observation résumée, plus récente (1936) dûe à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL, qui confirme cette manière de voir :

Jeune Fille (32 ans) hystérectomisée deux ans auparavant pour fibrome utérin à marche rapide. Suites opératoires normales.

Un an après, hémorragies anales très importantes qui font penser à l'existence d'une tumeur rectale.

Examen rectoscopique. — Pas d'hémorroïdes : à 12 centimètres de l'anus environ, dilatations veineuses, variqueuses excessivement importantes de la grosseur du petit doigt, sur une longueur de 2 centimètres, siégeant sur la face antérieure du rectum, friables, saignant facilement au moindre contact. Muqueuse normale et rectoscopie possible, jusqu'à 30 centimètres, sans autres altérations.

Traitement : pansements rectaux.

De nouvelles rectoscopies pratiquées à plusieurs mois d'intervalle ont montré que la dilatation veineuse consta-

tée, source d'hémorragies se produisait au moment de la poussée congestive qui précédait l'époque des règles et qui peu à peu se sont atténuées.

Une dernière rectoscopie pratiquée plusieurs mois après a montré que la dilatation veineuse avait disparu.

Ces observations mettent en relief et l'existence possible de dilatations veineuses haut situées, et l'état d'anémie que celles-ci peuvent engendrer. N'attribuons pas cependant toujours à des faits semblables, tous les troubles accusés par le malade, et en particulier toute perte de sang rouge par l'anus. Une personne venue consulter M. le Professeur BAUMEL pour se faire scléroser des hémorroïdes, était bien porteur d'un néo histologiquement confirmé qui nécessita l'amputation du rectum.

De plus la coexistence des hémorroïdes et de l'*Angiomatose* est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Ainsi, Américo Valério a observé 45 fois des angiomes dans 150 cas d'hémorroïdes. La présence d'angiome ou d'un néoplasme nécessite en effet une thérapeutique spéciale : l'électro-coagulation. L'expérience montre d'une façon indéniable, qu'avant de faire un traitement d'hémorroïdes, même reconnues, il est nécessaire de pratiquer une rectoscopie, pour voir, si au-dessus de la région rectale, il n'existe pas une autre cause non hémorroïdaire des troubles pathologiques constatés.

J. RACHET se demande de même à propos de quelques hémorragies d'origine ano-rectale si celles-ci ne sont pas en rapport avec une angiomatose fruste, ou en rapport avec une rectite-sus-hémorroïdaire légèrement proliférative.

La rectoscopie dans ces divers cas permet seule le diagnostic en montrant la part qui revient au néoplasme, au rétrécissement, à l'angiomatose ou aux hémorroïdes.

RECTUM ET SIGMOÏDE — LA MUQUEUSE

L'état de la muqueuse constitue le premier élément qui frappe le médecin au début de l'examen endoscopique.

Normalement *rosée*, la muqueuse rectale peut prendre une teinte rouge vif, violacée, cyanosée. Dans les cas où la spoliation sanguine a été importante, qu'il s'agisse d'hémorroïdes ou de cancer par exemple, la muqueuse est *pâle, décolorée*. Sa teinte tire sur le jaune. Elle est en tous points comparables aux muqueuses de la face interne des joues et aux conjonctives que l'on voit dans certaines affections véritablement exsangues.

A l'opposé de cet état, au cours de processus inflammatoires banaux et spécifiques, la muqueuse rectale devient *congestionnée*. Il y a augmentation du nombre et du volume des fines ramifications vasculaires rarement visibles à l'état normal.

Ces deux états peuvent coexister, et il est possible de voir parfois, sur une muqueuse pâle, décolorée, des vaisseaux dilatés.

Sous l'influence de la diminution ou de l'exagération des sécrétions, la muqueuse peut prendre un aspect sec, *vernissé*, ou au contraire humide, *lavé*. Parfois même lorsqu'elle est recouverte d'une certaine couche de mucus, elle prend un aspect gris argent comparable à l'image que donne à la gastroscopie la présence d'un lac muqueux important dans un estomac sténosé.

Normalement lisse et régulière, la muqueuse peut devenir *œdématisée* et *rugueuse*. Les plis transversaux ou longitudinaux, les bords des valvules sont beaucoup plus accusés. De fines *granulations*, comparables à du frai de poisson, lui donnent un aspect *maroquiné*. C'est, en général, dans ces cas, que le passage du tube endoscopique détermine la production de petites hémorragies. Cet état bour-

soufflé congestif et granuleux de la muqueuse, la rend particulièrement friable et la fait saigner au moindre contact. Les *érosions* et les *ulcérations* sont aussi de constatation fréquente. Les érosions sont comparables à des coups d'ongle ayant laissé sur la muqueuse une mince traînée sanglante. Elles sont, en général, courtes et superficielles. Les *ulcérations*, forment sur la muqueuse des taches rouges suintantes. Isolées ou groupées, elles peuvent alors s'étendre à toute une région de la paroi, ou bien ne laisser dans leur intervalle que d'étroites parties d'une muqueuse saine. Généralement superficielles, elles gagnent rarement la sous-muqueuse, mais peuvent paraître profondes par suite de l'œdème de la muqueuse qui est alors succulente. De la grosseur d'une lentille, il en est parfois qui atteignent les dimensions actuelles d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc. L'ulcération est limitée par des bords nets, réguliers, aplatis ou taillés à pic. Elle repose parfois sur un fond induré. Certaines sont recouvertes de mucus, de pus ou d'une fausse membrane. Elles ne doivent pas passer inaperçues.

Fausse membranes ou simples *exsudats pultacés*, recouvrent parfois la muqueuse intestinale à la manière dont une fausse membrane diphtérique recouvre une amygdale. Il est facile de les différencier d'avec les paquets de glaires ou de peaux que l'on voit dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Les parois de la muqueuse intestinale sont enfin le point de départ de certaines néoformations: Nous avons indiqué plus haut que la muqueuse prend parfois un aspect dépoli et granuleux. L'augmentation de volume des glandes de l'intestin peut donner à la muqueuse un aspect hypertrophique pseudo-polypeu. Enfin, citons en dernier lieu les tumeurs villeuses et les néoformations malignes. Nous étudions ces dernières dans un chapitre ultérieur de notre thèse.

LA SOUS-MUQUEUSE

Aux lésions de la muqueuse peut s'ajouter une infiltration de la sous-muqueuse. La progression du rectoscope permet de sentir s'il y a ou non induration des parois intestinales. Cette induration est facilement reconnue, lorsqu'on en a l'habitude: la progression du tube endoscopique ne se fait plus dans une gaine souple, mais au contraire à travers des parois cartonnées et n'est possible que par ressaut.

En général, chez le même malade, il est fréquent de constater à la fois et des érosions et des ulcérations ; certaines à vif, d'autres recouvertes de fausses membranes ; une muqueuse pâle par endroits et par endroits hypercongestionnée. Cependant, certaines lésions que nous venons de décrire, peuvent prédominer chez un sujet déterminé et permettent ainsi d'établir un diagnostic endoscopique.

CHAPITRE IV

Le diagnostic

I. — LE DIAGNOSTIC ÉVOLUTIF

Quels renseignements pouvons-nous donc tirer de l'examen rectoscopique ? Avant toute constatation susceptible de laisser soupçonner la cause possible des lésions, la recto-sigmoïdoscopie nous permet d'envisager, si nous nous trouvons en présence d'un processus évolutif aigu ou chronique. Toute affection atteignant la muqueuse rectale ou sigmoïdienne à tendance, après une phase aiguë, à évoluer vers la chronicité. Aussi, il nous paraît inutile d'étudier séparément ces deux phases d'un même état. Nous les envisagerons donc d'une façon générale d'abord au cours de toute rectite ou de toute recto-colite, ensuite au cours des recto-colites spécifiques ou non spécifiques dont les lésions nous intéresseront surtout au point de vue étiologique.

Rectites. — Après un léger mouvement fébrile et quelques malaises généraux, la *phase aiguë* est marquée cliniquement par des manifestations douloureuses, irradiées dans tout le petit bassin, du ténesme rectal, et l'apparition

dans les selles de glaires de muco-pus et de sang en quantité variable. A cette phase, l'examen rectoscopique est généralement douloureux. Il montre une muqueuse congestionnée et œdémateuse. Sa surface est parsemée d'érosions ; de nombreux enduits pultacés, premier stade de la fausse membrane, masquent plus ou moins les ulcérations.

De nouvelles poussées inflammatoires font évoluer l'affection vers la *chronicité*. Les selles sont fréquentes, elles contiennent du sang et surtout du pus.

A ce stade, l'introduction et la progression du rectoscope permettent de sentir un épaississement de la muqueuse qui est parsemée de fines granulations. L'augmentation de volume des glandes de l'intestin produit de petites élevures, parfois même de véritables végétations polypiformes. Cette rectite hypertrophique et sténosante peut aboutir au rétrécissement inflammatoire du rectum. Le rectoscope montre l'étendue des lésions vers le sigmoïde. La muqueuse intestinale présente de nombreuses érosions ou de vastes ulcérations en coup d'ongle, recouvertes habituellement de fausses membranes jaunâtres, laissant sourdre du pus mélangé avec du sang.

Recto-colites. — Les lésions que montre la recto-sigmoïdoscopie sont très étendues en hauteur, et dépassent le territoire rectal.

Elles commencent à quelques centimètres au-dessus de l'anus et elles occupent l'ampoule et la sigmoïde. Elles sont variables et, selon leur prédominance, permettent de classer les recto-colites en recto-sigmoïdites catharrales, hémorragiques, purulentes et hémorragico-purulentes. Le début de l'affection est plus ou moins *aigu* avec ou sans malaise général, avec pesanteur dans la fosse iliaque gauche, *selles* pâteuses, ou diarrhéiques, faux besoins, alternant avec des périodes de constipation opiniâtre.

Aux matières sont mélangés des glaires, du sang, du pus. Il y a du *ténésme* et des *douleurs* spontanées ou provoquées dans la fosse iliaque gauche.

L'évolution vers la guérison absolue est rare ; le passage à l'état *chronique* est fréquent et, c'est sur un fond d'inflammation chronique que se développent de nouvelles poussées aiguës.

A l'examen rectoscopique, on peut ne constater que des modifications de couleur, d'éclat ou de relief de la muqueuse, qui est rouge, œdémateuse et hypervascularisée. Souvent, les lésions sont plus caractéristiques. Erosions en coup d'ongle, ulcérations punctiformes, rarement ulcérations larges et profondes disséminées sur une muqueuse congestionnée et hémorragique. Bensaude cite cependant une observation où les ulcérations étaient « exceptionnellement profondes... du volume d'une pièce de cinquante centimes ».

Enfin, la rectoscopie peut montrer une muqueuse recouverte d'exsudats pultacés ou de fausses membranes. Qu'il s'agisse de rectite ou de recto-colite, l'endoscopie seule permet de juger de l'étendue et de l'évolution des lésions.

En présence d'un malade qui saigne, elle permet d'éliminer les diagnostics d'hémorroïdes, de polypes et de cancer du rectum. Seule l'étiologie des lésions reste douteuse, mais, le rectoscope rend encore de très grands services en facilitant le prélèvement pour le laboratoire, de pus ou de sérosité, et en permettant de saisir pour la biopsie la portion de la muqueuse malade.

Les recto-colites et surtout les rectites chroniques sont, d'une façon générale, causes des *rétrécissements du rectum*.

La nature de ces inflammations chroniques est souvent douteuse. Aux causes les plus fréquentes de rétrécisse-

ments : syphilis, blennorrhagie, tuberculose, admises jusqu'à ces dernières années, on avait coutume d'ajouter parfois certaines étiologies exceptionnelles, comme le chancre mou de l'anوس, la dysenterie, certaines mycoses, la nocardose en particulier.

L'étiologie des rétrécissements inflammatoires du rectum a été discutée et précisée au XLIII^e Congrès français de chirurgie où fut mis en évidence le côté primordial joué par la maladie de Nicolas Favre. Ce rôle est prouvé grâce à la précision de la réaction de Frei qui, dans diverses statistiques, est positive en moyenne dans 80 à 90 pour 100 des cas et dont la valeur n'est plus discutée, et grâce aux inoculations au singe faites suivant la technique de Ravaut, qui ont montré la présence du virus de la lymphogranulomatose dans les lésions rectales. Et c'est seulement à ces 10 p. 100 de cas dans lesquels la réaction de Frei est négative, qu'on a cru devoir rattacher comme étiologie, la syphilis, la chancrelle, la blennorrhagie et la tuberculose. Encore faut-il signaler l'identité des lésions du syphilome ano-rectal de Fournier, et des lésions de la lymphogranulomatose rectale.

Le rétrécissement inflammatoire est, en général, unique ; mais il est possible d'en rencontrer parfois plusieurs superposés. Bensaude rapporte des observations personnelles où le rétrécissement était double : « Chez un homme de 27 ans, l'on trouva à l'opération, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anوس, un premier rétrécissement du type classique, puis, à cinq travers de doigt au-dessus, dans l'iliaque, un second rétrécissement. La seconde observation de rétrécissement double concernait une femme de 46 ans, présentant un premier rétrécissement de tout le canal anal et de la partie inférieure du rectum, et un second vers 14 ou 15 centimètres au-dessus de l'anوس. Ce fut la rectoscopie qui permit de découvrir le second rétrécissement ».

Généralement bas situé, accessible au doigt, les observations précédentes montrent qu'il peut en exister sur toute la hauteur du rectum, même au niveau de l'S iliaque.

L'examen rectoscopique montre *au-dessous du rétrécissement* une muqueuse rouge rigide, épaissie, semée de granulations, donnant la sensation d'une peau de chagrin.

Au niveau du rétrécissement, les tissus de l'intestin forment un anneau fibreux, lardacé, dur. L'épaisseur de cet anneau augmente rapidement de bas en haut. Le rectoscope met en évidence le défilé anfractueux, irrégulier avec des zones rouges ulcérées et d'autres blanches scléreuses, recouvertes de muco-pus.

Au-dessus du rétrécissement, lorsque le rectoscope ne peut passer, on se sert d'un rectoscope d'enfant de 10 mm. La muqueuse intestinale présente une inflammation marquée. Il y a généralement des ulcérations, points de départ des infections péri-rectales. Si le diagnostic d'un rétrécissement bas situé se fait presque toujours par le toucher rectal, la rectoscopie est cependant indispensable pour le diagnostic des rétrécissements haut situés. Elle est toujours possible faite avec beaucoup de précautions, lorsqu'on emploie un rectoscope de petit calibre. La rectoscopie permet encore des prélèvements de pus, et même une biopsie dans les cas où le diagnostic est hésitant. En effet, si nous n'insistons pas sur certains rétrécissements congénitaux, cicatriciels ou spasmodiques pour lesquels le toucher est peut-être plus important que la rectoscopie, en présence d'un rétrécissement haut situé, la confusion est possible avec un cancer recto-sigmodien. Il existe, en effet, des cancers infiltrés caractérisés par un épaississement de la muqueuse, sans ulcérations ni végétations, qui sont souvent l'aboutissant d'une tumeur ulcéro-végétante située au-dessus.

La rectoscopie montre nettement l'origine cancéreuse du rétrécissement : il y a lieu de la pratiquer systématiquement toutes les fois que les signes cliniques font soupçonner un rétrécissement que le doigt n'atteint pas ; l'observation suivante due à l'obligeance de M. le Professeur Baumel, en est une preuve.

OBSERVATION :

Monsieur G... Auguste, 48 ans, vient consulter pour troubles digestifs datant de trois mois. Ceux-ci sont caractérisés par des douleurs débutant dans la région épigastrique qui s'irradient ensuite à tout l'abdomen et aux parties génitales ; douleurs accompagnées d'épreinte, de ténesme, de faux besoins aboutissant à l'expulsion de glaires sanguinolentes ou de simples « crachats rectaux ». Cette symptomatologie dure environ une heure et se répète plusieurs fois par jour.

Dans les antécédents, rien de particulier à signaler.

A l'examen, on note une pigmentation cutanée marquée autour des yeux, que l'on retrouve sur la muqueuse bucale. La peau est infiltrée de nodules, mous, indolores à la pression, du volume d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette. Sur chaque épaule, on constate deux gros nodules péliculés à contenu granuleux, et dont le revêtement cutané est pigmenté par endroits. Aucune disposition métamérique ; pas de signes à la palpation.

La première rectoscopie est pratiquée le 13 juin 1936 ; le tube rectoscopique pénètre facilement dans la cavité rectale, mais cette entrée est douloureuse et la rectoscopie ne peut pas être faite d'une façon complète. On se rend compte cependant qu'il existe une masse de *néoformations* qu'il sera utile de voir ultérieurement.

Deuxième rectoscopie : 17 juin 1936. Un nouvel examen pratiqué après une injection de novocaïne épidurale faite quelques minutes auparavant, montre une masse de néoplasmes siégeant sur les parois antérieure et latérale du rectum et faisant à ce niveau (8 centimètres) un *rétrécissement* que ne peut franchir le rectoscope de 20 mm. Certaines masses sont sanieuses, presque purulentes ; d'autres ont conservé intactes leurs formes tumorales.

Trois biopsies sont pratiquées en trois endroits différents.

Résultat des biopsies : 18 juin 1936 (Dr. Guibert).

Examen d'un des nodules rectaux : *épithélioma cylindrique* pseudo-glandulaire ayant envahi largement la sous-muqueuse qui sert de pédicule à ce nodule. Le fragment envoyé ne comporte pas de couche musculaire. On ne peut donc préjuger de l'infiltration de cette dernière par les cellules cancéreuses. La section a porté en plein tissu cancéreux.

II. — LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Grâce à l'examen rectoscopique, nous pouvons nous rendre compte si nous nous trouvons en présence d'un processus inflammatoire aigu, ou, au contraire, d'un état chronique ; les deux peuvent d'ailleurs marcher de pair, des poussées aiguës se produisant très souvent sur un fond d'inflammation chronique qui peut même aboutir au rétrécissement. Mais si l'emploi de la rectoscopie permet de porter avec précision le diagnostic évolutif d'une affection à retentissement recto-sigmoïdien, il serait erroné de croire qu'il permet d'en porter aussi aisément le diagnostic étiologique. L'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse des divers segments de l'intestin survient, e

effet, au cours d'affections dissemblables et les lésions constatées à l'examen rectoscopique ne sont pas particulièrement pathognomoniques. Cependant, la fréquence et la prédominance de certaines lésions au cours d'affections déterminées font classer les recto-colites en recto-colites spécifiques ou non spécifiques. Nous allons montrer dans ces cas l'utilité de l'examen rectoscopique et nous étudierons en dernier lieu les néoformations visibles au niveau de la muqueuse recto-sigmoïdienne, cas où la rectoscopie seule permet et impose le diagnostic.

I. — RECTO-COLITES SPECIFIQUES

a) *Syphilitiques*

Il est assez rare de soumettre en pratique un syphilitique à un examen rectoscopique, l'évolution de lésions importantes du côté d'organes autres que le rectum ou le sigmoïde retenant l'attention du médecin. Lorsque, parfois, cet examen est pratiqué, il révèle seulement la présence d'ulcérations d'allure banale. Il est intéressant de savoir si ces ulcérations se produisent aux dépens de nodules ou gommes du rectum. Parfois, on constate sur le rectum ou le sigmoïde des bourgeonnements qui n'ont aucun caractère pathognomonique capable de déceler leur véritable nature, sauf par leur sensibilité particulière au traitement antisypilitique.

b) *Gonococciques*

Ce sont les recto-colites les plus douloureuses à l'examen qui nécessitent au préalable l'anesthésie rectale. Le rectoscope montre une muqueuse très ulcérée. Les ulcérations sont plus ou moins confluentes et laissent sourdre en nappe une sérosité sanguinolante. Taillées à pic, elles

n'ont aucune tendance à la guérison spontanée, ne cèdent qu'au traitement antigonococcique ou à des applications locales de bouillons vaccins.

c) *Recto-colites tuberculeuses*

L'endoscopie systématique pratiquée chez tous les tuberculeux pulmonaires atteints de troubles intestinaux et dirigés sur la consultation de gastro-entérologie, de M. le Professeur Baumel par M. le Professeur Puech (clinique Laënnec), par les sanatoria de Belle-Vue ou de Bon-Accueil, a permis de mettre en évidence la fréquence de certaines lésions bacillaires de la muqueuse rectale et sigmoïdienne. (Cf : fig. 3 et 4).

Aux troubles digestifs gastriques caractérisés par une dyspepsie du type atonique, s'ajoutent des troubles entériques ; la tuberculose rectale se traduit toujours par un syndrome dysentérique typique. Il y a, au début, des selles pâteuses, liquides, renfermant des glaires sanguinolantes. La constipation alterne avec la diarrhée et survient par crises entre lesquelles la fonction intestinale est troublée. D'importantes hémorragies rectales de sang rouge sont souvent le signe révélateur de cette tuberculose rectale.

Le rectoscope montre dans la plupart des cas des ulcérations à bord sanieux, violacés et décollés. Disséminés sur la muqueuse, en général au voisinage des ulcérations, se trouvent de petits tubercules rectaux, peu importants, non ulcérés, de la grosseur d'une tête d'épingle. Les plis de la muqueuses cachent de nombreuses ulcérations recouvertes de pus ou de muco-pus. Ces observations, à peu près typiques, peuvent résumer l'ensemble des cas.

(Observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Baumel).

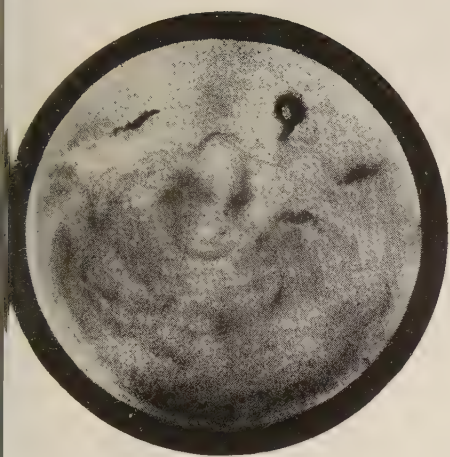


fig. 3

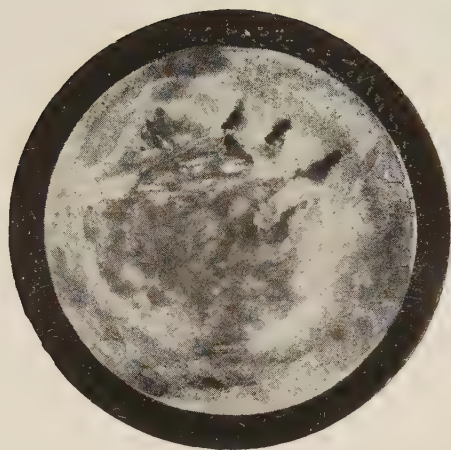


fig 4.

RECTO-COLITES ULCEREUSES CHEZ LES BACILLAIRES :
Nombreuses ulcérations de petites dimensions

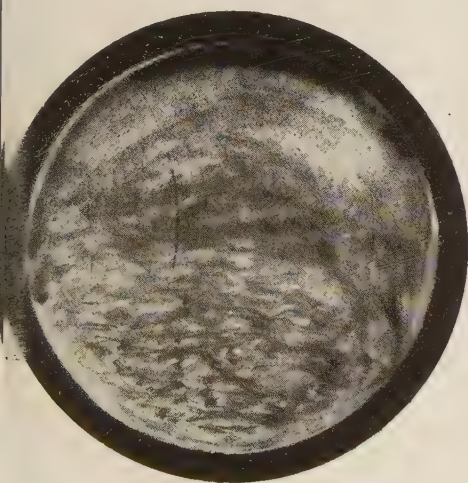


fig. 5

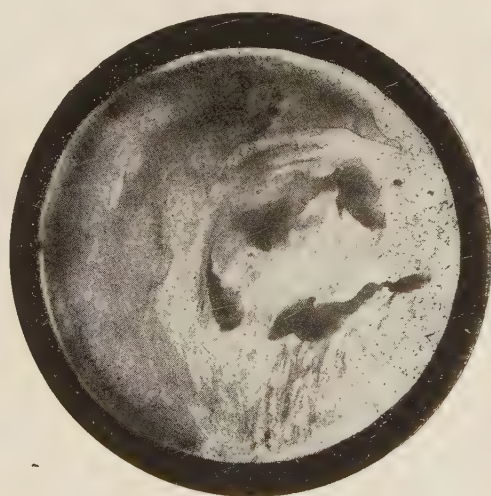


fig. 6

RECTO-COLITES ULCEREUSES ET HEMORRAGIQUES

fig. 5 : *Muqueuse hyperémisée, congestionnée — petites ulcérations*

fig. 6 : *Vastes ulcérations disséminées sur la muqueuse.*

OBSERVATION I

Monsieur Del... A..., 33 ans. Commis aux hypothèques, à Montpellier, est en traitement au sanatorium de Belle-Vue depuis le 6 mai 1936.

Le 29 juin 1936, le malade vient consulter pour des troubles intestinaux assez vagues : douleurs abdominales à type de coliques ; selles recouvertes d'une petite quantité de sang.

Au point de vue pulmonaire : pneumothorax droit.

Examen rectoscopique. -- Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser jusqu'à 20 centimètres de l'anūs. Sur tout ce trajet, la muqueuse est légèrement congestionnée mais ne présente ni érosions, ni ulcérations. Toutefois, le cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube permet de voir à deux ou trois centimètres au-dessus du sphincter anal sur la paroi antérieure du rectum, de nombreuses petites érosions saignant très abondamment.

A la suite du traitement général et du traitement local (pansements rectaux), importante amélioration. Le malade ne souffre plus, ne saigne plus. Il a grossi en six mois de cinq kilos. Une nouvelle rectoscopie pratiquée en novembre montre une muqueuse normale.

OBSERVATION II

Monsieur Gaud... R., 23 ans, préparateur en pharmacie à Paris, hospitalisé au sanatorium de Belle-Vue depuis novembre 1933.

Le malade qui vient consulter le 23 mars 1936 a présenté, quinze jour auparavant, une hémorragie rectale abondante (environ deux litres) de sang rouge, suivie de l'émission d'une selle mélangée avec des caillots. L'hémorragie qui a débuté à 17 h. 30, n'a cessé qu'à 6 heures le lendemain matin et ne s'est plus reproduite.

Le malade avait remarqué du sang rouge mélangé aux selles de temps à autre depuis 1930. Depuis cette date, alternatives de selles pâteuses et de selles diarrhéiques.

En 1932, crise subaiguë d'appendicite.

Au point de vue pulmonaire : hémoptysies fréquentes, pneumothorax droit.

Examen rectoscopique

La rectoscopie montre une muqueuse œdématiée, un peu craquelée, avec des ulcérations en très grand nombre, mais de petites dimensions. Certaines ulcérations sont recouvertes de fausses membranes : celles-ci se détachent difficilement. Avec le prélèvement, on pratique deux étalements sur lame : un examen bactériologique ne décèle pas la présence de bacilles de Koch.

La contamination de l'intestin à ce niveau se fait parce que les matières y stagnent et parce que les crachats bacillifères, en présence des diverses lésions causées par la stagnation elle-même, trouvent une facile porte d'entrée.

La propagation peut se faire, mais plus rarement, par voie sanguine ou lymphatique. Le bacille de Koch se retrouve dans les ulcérations. Celles-ci peuvent guérir comme le montrent les résultats obtenus par M. le Professeur Baumel, par attouchement de créosote ou par la diathermo-coagulation.

II. — RECTO-COLITES NON-SPECIFIQUES

a) *Recto-colites microbiennes* ..

Nous plaçons dans le groupe des recto-colites microbiennes ces états dysentériques causés par quelques espèces microbiennes qui, bien que très voisines et ayant de nombreux caractères bactériologiques communs, possèdent une virulence inégale et offrent un exemple remarquable de tropisme, se fixant avec élection sur la muqueuse du gros intestin où elles déterminent des lésions importantes.

La copro-culture permet, en général, d'identifier le bacille dysentérique en cause bacille de Flexner, de Hiss ou de Shiga, le plus virulent de tous.

La maladie, avec une symptomatologie variable, d'ordre général, s'accompagne de signes locaux. Les selles deviennent de plus en plus fréquentes ; le gros intestin spasmé, contracturé, s'oppose au passage du contenu du grêle, mais expulse par crachats, les sérosités, le muco-pus, les glaires et le sang qui encombrant sa muqueuse, et qui sont la conséquence des lésions recto-sigmoïdiennes.

L'examen rectoscopique pratiqué alors, montre surtout la diffusion des lésions. Sur un fond d'inflammation généralisée, la rectoscopie permet d'apercevoir de nombreuses plaques rouge sombre sur lesquelles se détache un pointillé hémorragique. Ces plaques se transforment en ulcérations recouvertes souvent de mucus ou de muco-pus.

On oppose ces lésions superficielles qui atteignent seulement la muqueuse, aux ulcérations profondes qui aboutissent à une induration des parois de la dysenterie amibienne.

Nous ne pouvons pas recourir à une opinion plus avisée que celle de notre maître M. le Professeur BAUMEL, qui a

précisé les connaissances actuelles sur cette question, dans son rapport sur « l'amibiase intestinale chronique » présenté à Casablanca et à Rabat en avril 1936, publié dans le *Maroc Médical*, et dans les archives des maladies de l'appareil digestif (1937).

b) *Recto-colites parasitaires.*

Amibiase intestinale chronique.

« L'amibiase intestinale chronique présente endoscopiquement des aspects très divers. Ici encore aucune des lésions constatées n'est pathognomonique. C'est là l'opinion de tous les auteurs, BESSAUDE en particulier, qui ont fait des examens rectoscopiques chez de tels malades. Nous confirmons complètement leur manière de voir ».

« Ces lésions endoscopiques que, nous avons notées, se retrouvent aussi bien dans les recto-colites les plus banales, qu'au cours des amibiases les plus typiques.

« Ces lésions elles-mêmes, pour si peu spécifiques qu'elles soient, varient cependant suivant qu'il s'agit d'une lésion amibienne chronique qui n'a présenté aucune poussée évolutive intercalaire, ou qu'au contraire, des poussées aiguës en plus ou moins grand nombre et plus ou moins intenses, sont venues entrecouper son état chronique.

« Le nombre de rectoscopies que j'ai pratiquées chez les amibiens chroniques, dépasse le nombre de 1.500.

« L'expérience ainsi acquise me permet de classer les altérations constatées, de la façon suivante :

« a) Amibiase chronique ancienne sans poussées intercalaires.

« b) Amibiase chronique avec poussées intercalaires subdivisées elles-mêmes en :

« 1^o Formes bénignes en dehors des poussées, pendant
« les poussées.

« 2^o Formes graves : en activité presque continuelle.

1. — AMIBIASE CHRONIQUE ANCIENNE SANS POUSSÉES INTERCALAIRES

« L'épisode initial aigu a été le seul signe de l'amibiase
« et encore n'a-t-il pas été toujours identifié. Depuis, au-
« cune poussée aiguë ou subaiguë n'est venue montrer
« l'évolution de la maladie.

« Le rectoscope pénètre facilement dans la cavité rectale.
« Pendant sa progression faite sous le contrôle de la vue,
« on constate que la muqueuse recto-sigmoïdienne est
« dans son ensemble, plutôt décolorée. Sur ce fond plus
« ou moins pâle courent des arborisations vasculaires,
« généralement importantes qui, dans leurs mailles, en-
« serrent des champs assez larges de muqueuse décolorée.

« La sous-muqueuse est intacte. La progression du rec-
« toscope ne permet pas de sentir la moindre induration
« des parois rectales et cependant, pour qui a fait de nom-
« breuses rectoscopies, il est aisé de se rendre compte que
« les parois rectales ou sigmoïdiennes n'ont pas leur sou-
« plesse normale.

« Le conduit intestinal bâille devant l'instrument qui,
« pour progresser n'a qu'à suivre ses méandres. Les parois
« recto-sigmoïdiennes tapissées de quelques glaires ne
« sont le siège d'aucun spasme gênant.

« Chez quelques malades, l'aspect endoscopique varie.
« La vascularisation est plus profuse, au lieu de quelques
« arborisations signalées, on voit un lacis vasculaire beau-
« coup plus fin, formé d'une multitude de petits vais-

« seaux rouges qui tapissent presque tout le fond blanc de
« la muqueuse et forment avec lui une mosaïque plus ou
« moins enchevêtrée. Le maximum d'intensité de cette vas-
« cularisation est toujours à la partie inférieure du rectum
« au voisinage du sphincter. Ces deux états de la muqueu-
« se recto-sigmoïdienne, sont l'apanage des formes chro-
« niques non évolutives. Seule, l'endoscopie permet de
« voir ces lésions qui sont latentes et ne se traduisent par
« aucun signe.

II. — AMIBIASE CHRONIQUE AVEC POUSSEES INTERCALAIRES

« L'examen endoscopique permet de classer des formes
« bénignes dont les unes présentent des lésions vues en
« dehors des paroxysmes, et dont les autres au contraire
« ne sont que la traduction d'épisodes aigus ou subaigus
« intercalaires.

« a) *Formes bénignes en dehors des poussées.*

« Le sphincter anal est légèrement spasmé. Le tube rec-
« toscopique pénètre moins facilement dans le rectum
« qu'au cours des formes précédentes. Son introduction
« est légèrement sensible. Le sphincter franchi, la mu-
« queuse apparaît rouge foncé, granitée, dépolie, rappe-
« lant tout à fait la « peau de maroquin ». Les granula-
« tions sont fines et régulières. Cet état maroquiné d'as-
« pect dépoli, gêne la progression du tube qui chemine à
« frottement dur.

« La muqueuse est friable, elle saigne au moindre con-
« tact. Il n'est pas rare, en effectuant un cathétérisme ré-
« trograde, de voir des éraillures plus ou moins importan-
« tes faites par le rectoscope lui-même.

« Les parois sont recouvertes de glaires et animées de
« spasmes plus ou moins marqués. Ceux-ci siègent au ni-
« veau de l'abouchement recto-sigmoïdien ; là, le piston
« sigmoïdien en action à peu près permanente, donne au
« malade l'impression continuelle qu'il a besoin d'aller à
« la selle.

« Lorsque l'examen rectoscopique est pratiqué peu de
« temps après une poussée subaiguë même légère, on cons-
« tate sur les parois recto-sigmoïdiennes la présence de
« quelques suffusions hémorragiques punctiformes. Leur
« siège de prédilection est toujours la région sus-sphinc-
« térienne, à la partie inférieure du rectum et sur sa paroi
« antérieure.

« b) *Formes bénignes en poussée subaiguë.*

« Le spasme sphinctérien est intense, par suite l'examen
« rectoscopique est nettement désagréable sans cependant
« être vraiment douloureux. Il n'est jamais nécessaire de
« faire la moindre anesthésie locale préalable.

« Les parois rectale et sigmoïdienne, sont plus inflam-
« mées, par conséquent plus rouges que dans les formes
« précédentes. Elles sont tapissées de glaires légèrement
« colorées, brunâtres, et sur la muqueuse elle-même, on
« voit de petites ulcérations légères et superficielles en
« coup d'ongle, petites pertes de substance peu étendues
« en largeur et en profondeur. Ces ulcérations saignent
« plus ou moins facilement. A leur niveau et tout autour
« d'elles existe un léger œdème.

« Dans son ensemble, la muqueuse recto-sigmoïdienne
« est vernissée, succulente. L'œdème facilement reconnais-
« sable en dehors des portions ulcérées, rend les valvules
« de Houston plus épaisses qu'il ne faudrait. Par endroits,
« on note la présence de points blanchâtres, pultacés, de
« la grosseur d'une lentille ou d'un pois. Si, avec le bout

« du rectoscope, on enlève cette glaire, transparente, on
« voit au-dessous d'elle une toute petite perte de substance
« qui souvent laisse sourde une goutte de sang rouge. Il
« y a toujours en même temps un élément spasmodique
« surajouté. Celui-ci est parfois assez marqué pour gêner
« la progression du tube.

« Les lésions que je viens de décrire, qu'il s'agisse d'ami-
« biens chroniques, n'ayant jamais eu de poussées inter-
« calaires, ou d'amibiens qui ont eu des paroxysmes hé-
« nins sont, et de beaucoup, les plus fréquemment consta-
« tées. Tous les malades qui les présentent ont été soignés
« soit pour un épisode aigu de primo-infection, soit pour
« des épisodes paroxystiques évolutifs, tous sont venus
« consulter pour de vagues troubles digestifs analogues à
« ceux décrits au chapitre précédent, voire même pour des
« manifestations extra-intestinales dont j'ai rapporté des
« exemples typiques.

« c) *Formes chroniques graves.*

« Le tableau endoscopique comme d'ailleurs le tableau
« clinique est bien différent des formes précédentes. Sur
« un fond de lésions chroniques se développent des lésions
« aiguës ou subaiguës qui peuvent être excessivement im-
« portantes. Pareille éventualité ne se voit guère fort heu-
« reusement que sur un nombre assez restreint de sujets,
« qui ont vécu de façon habituelle dans les pays exotiques
« et qui, par conséquent, y ont été soumis à une infesta-
« tion massive et entretenue.

« Voici des protocoles rectoscopiques de malades de ce
« genre. Mieux que n'importe quelle description, ils ren-
« dent compte de l'importance de certaines lésions dues à
« l'amiabiase intestinale chronique.

« *Observation I.* — In *Maroc Médical*, avril 1936 :

« M. Loub... Aug..., 48 ans, capitaine au long cours, a
« fait la guerre à Salonique, commande le port de Dakar.
« Vu en mai 1930.

« *Première rectoscopie.* — Difficile, le tube pénètre à
« peine jusqu'à 15 centimètres de l'anus. Il est impossible
« de pousser plus avant. Ulcérations nombreuses presque
« confluentes et en moyenne de la grosseur d'une pièce de
« cinquante centimes. Ces ulcérations sont sanieuses, sai-
« gnen^t au moindre contact.

« La muqueuse est cartonnée, adhérente aux plans sous-
« jacents.

« Au niveau du quinzième centimètre, proliférations en
« chou-fleur, qui ne gênent pas la progression du tube,
« mais celui-ci est arrêté dans sa progression par des spas-
« mes violents.

« *Une biopsie* pratiquée montre que la partie enlevée
« présente de la rectite hypertrophique et hyperplasique
« sans dégénérescence néoplasique.

« *Examen des selles* : Kystes tétragéneux nombreux,
« quelques amibes vivantes.

« *Deuxième rectoscopie.* — Janvier 1931, après six mois
« de traitement anti-amibien.

« Le tube progresse jusqu'à 22 centimètres. La muqueuse
« est rouge, congestionnée, tapissée de nombreuses glai-
« res. On pénètre difficilement dans l'anse sigmoïde. Les
« parois recto-sigmoïdiennes sont fortement indurées et
« cartonnées, mais moins qu'au cours de la première rec-
« toscopie. On progresse de quatre ou cinq centimètres
« dans le segment sigmoïdien. On se heurte à un spasme
« d'une violence telle qu'on ne peut aller plus avant.

« Sur tout le trajet parcouru, il n'y a ni ulcérations, ni
« proliférations en chou-fleur. La muqueuse est très fra-
« gile, saigne abondamment au moindre contact. Un ca-
« thétérisme rétrograde, fait simplement noter l'existence
« d'un spasme très marqué du sphincter anal qui chasse
« violemment le rectoscope.

« *Troisième rectoscopie.* - - Décembre 1932. — Après un
« nouveau séjour aux colonies (Dakar), où un traitement
« anti-amibien a été méthodiquement suivi pendant cette
« période, le tube rectoscopique pénètre facilement jus-
« qu'à 35 centimètres de l'anus.

« Sur tout ce trajet, la muqueuse est normale.

« Il existe seulement deux petits polypes qui se déta-
« chent parfaitement sur une muqueuse saine. Ils sont cha-
« cun de la grosseur d'un pois et se trouvent au niveau de
« la charnière recto-sigmoïdienne.

« La muqueuse ne saigne ni à l'aller, ni au retour du rec-
« toscope. Les parois ont une souplesse à peu près norma-
« le. Les réactions hypertrophiques en chou-fleur ont
« disparues. Entre temps, amélioration de l'état général.
« Le poids passe de 48 kilos à 56. Malheureusement, en
« mars 1933, apparition d'un néoplasme du maxillaire in-
« férieur ; mort en octobre de la même année.

« *Observation II.* In *Maroc Médical*, avril 1936.

« Père Aub... 60 ans, a vécu pendant trente ans de sa vie
« en Egypte et en Palestine. A eu la dysenterie, il y a tren-
« te ans.

« *Première rectoscopie.* Septembre 1936.

« Le tube pénètre difficilement à travers le sphincter
« anal dans la cavité rectale où on le fait progresser jus-
« qu'à 20 centimètres de l'anus.

« Les parois recto-sigmoïdiennes sont très cartonnées. Il
« y a des spasmes très violents. La progression du tube
« est de plus en plus gênée. Arrivé à 20 centimètres, il
« n'est pas possible de le pousser plus avant. La mu-
« queuse est sanieuse ; dans l'intestin, écoulement abon-
« dant sanguino-purulent.

Examen des selles : Kystes tétragènes et amibes.

« *Deuxième rectoscopie.* — Novembre 1932. — Le tube
« peut pénétrer jusqu'à 25 centimètres. Les parois recto-
« sigmoïdiennes saignent abondamment au passage de ce
« dernier. La muqueuse, la sous-muqueuse sont adhèrentes
« aux plans sous-jacents. Au bout de course, prolifé-
« rations en chou-fleur très importantes.

« Une biopsie pratiquée montre qu'il s'agit de rectite
« hypertrophique, avec hyperplasie sans dégénérescence
« néoplasique.

« *Troisième rectoscopie.* — Mars 1933. — Le tube peut
« pénétrer jusqu'à 35 centimètres. Muqueuse recto-sigmoï-
« dienne normale. Parois souples. Disparition totale des
« proliférations et des ulcérations.

« Malade revu en 1936, en parfait état. Poids initial,
« 59 kilos, poids actuel, 84 kilos. Et cependant, en plus
« de l'amibiase intestinale chronique, le Père A... avait une
« hépatite amibienne sans abcès, mais avec foie descen-
« dant jusqu'aux crêtes iliaques. Le foie, lui aussi est re-
« devenu normal. Il ne déborde pas le rebord des côtes.

« Certaines formes d'amibiase intestinale chronique
« grave peuvent donc en imposer rectoscopiquement pour
« des cancers recto-sigmoïdiens. La biopsie dans nos deux
« observations a bien été négative, mais le prélèvement
« analysé n'avait-il pas été fait en dehors d'une zone néo-
« plasique, sur sa périphérie, par exemple ? Seule l'in-
« fluence heureuse du traitement nous a permis d'affir-

« mer avec certitude qu'aucun élément néoplasique n'était
« en cours. Ce sont là des possibilités qu'il faut bien con-
« naître.

« Voici dans un autre ordre d'idée encore une observa-
« tion d'amibiase chronique grave, dont l'évolution fautive
« de traitement fut lamentable.

« *Observation III. In Maroc Médical, avril 1936.*

Cast., Marius 30 ans. A fait son service militaire au
« Maroc et a eu la dysenterie amibienne en 1926. Traité,
« guéri, rentré en France son service terminé.

« *Première rectoscopie, mai 1934. —* Muqueuse rouge,
« congestionnée, avec érosions superficielles en coup d'on-
« gle, fragilité de la muqueuse qui saigne facilement au
« contact du tube.

« Le rectum étant plein de l'eau du lavement mal ren-
« du, on ne pénètre pas plus avant.

« Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire
« d'autres constatations.

« *Examen des selles.* Ni kystes, ni parasites. Des exa-
« mens antérieurs faits au Maroc ont montré des amibes
dysentériques.

« *Deuxième rectoscopie, janvier 1936.*

« Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le
« sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progres-
« ser sous le contrôle de la vue jusqu'à 10 centimètres. Sur
« tout ce trajet, la muqueuse est friable, nombreuses éro-
« sions en coup d'ongle.

« Impossible de pousser le rectoscope plus avant. Exis-
« tence au dixième centimètre d'un *rétrécissement* très
« serré, médian, dont l'orifice est à peine de la dimen-
« sion d'une grosse tête d'épingle.

« Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire
« d'autres constatations.

« *Examen des selles.* Ni kystes, ni parasites.

« Entre la première et la deuxième rectoscopie en avril
« 1935, *occlusion intestinale*, opérée d'urgence, anus ilia-
« que gauche permanent.

« Le chirurgien ne s'est pas rendu compte de l'origine
« amibienne de cette occlusion.

« Par ces divers exemples, on voit qu'il est important de
« connaître les diverses formes que peut revêtir l'amibiase
« intestinale chronique, aussi bien dans les cas relative-
« ment bénins que dans les cas les plus graves. Si on laisse
« évoluer la maladie sans la traiter, on peut un beau jour
« avoir un réveil fort désagréable, encore plus désagréa-
« bles que les deux observations à forme pseudo-cancé-
« reuse que nous rapportons, et se trouver en face d'une
« dégénérescence néoplasique.

« L'amibiase ne prépare-t-elle pas souvent le lit au can-
« cer ? C'eut été certainement là l'aboutissant auquel se-
« raient arrivés ces malades si le traitement anti-amibien
« n'avait pas jugulé l'évolution de leur état. Et que dire
« de ce malade de 31 ans, infirme pour la vie avec son
« anus iliaque et son rétrécissement rectal, alors qu'il eut
« été si simple d'éviter l'un et l'autre.

« Malheureusement, comme nous venons de le voir, ni
« les données cliniques, ni les données rectoscopiques ne
« nous révèlent dans l'amibiase intestinale chronique des
« signes ou des lésions pathognomoniques. Comment donc
« pratiquement, pourront-nous confirmer son existence et
« contrôler les soupçons qu'ont fait naître certains signes
« cliniques et rectoscopiques ? »

En résumé, qu'il s'agisse de dysenteries bacillaires ou
de dysenteries amibiennes ; qu'il s'agisse encore de cas
rares de dysenteries à lamblia, à *Balantidium Coli*, et

même à spirochètes, les lésions de la muqueuse ne sont donc pas précisément pathognomoniques et ne permettent pas de mettre par exemple en cause avec certitude amibes plutôt que bacilles de Schiga. Faut-il donc douter de l'utilité de la rectoscopie ?

Non : l'examen rectoscopique est indispensable. Il permet, en effet, par la constatation de la prédominance de telles ou telles lésions, avec leur concordance clinique, l'état actuel anamnétique, épreuve du traitement, de porter le diagnostic d'état dysentérique. Si, dans certains cas, la clinique seule permet d'affirmer ce diagnostic, souvent elle laisse subsister dans l'esprit du praticien une incertitude ou un doute que fait disparaître une endoscopie recto-sigmoïdienne. Cette première étape franchie, grâce au recto-sigmoïdoscope, le cancer, la polypose, la tuberculose et les hémorroïdes sont rapidement écartés. C'est encore le rectoscope qui permet au praticien de prélever au niveau d'une ulcération le pus ou les glaires qui montrent s'ils renferment des bacilles ou des parasites, dont la recherche dans les matières fécales, toujours très délicate, peut ne pas révéler la présence. Enfin, lorsque le diagnostic est certain, des endoscopies successives montrent l'évolution des lésions sous l'influence de la thérapeutique. L'examen rectoscopique fournit toujours des renseignements très importants au cours des affections à « syndrome dysentérique ». En méconnaître l'utilité serait priver le malade d'une chance d'amélioration ou de guérison, à laquelle il a droit.

C. — RECTO-COLITES HEMORRAGIQUES

SNAPPER comprend sous cette dénomination toute inflammation du rectum et du colon qui s'accompagne d'ulcérations sans que l'agent causal de celles-ci soit cependant connu. Sont éliminés par le fait, les recto-sigmoïdites tuberculeuses, syphilitiques, les rectites blennorragiques, et les recto-sigmoïdites dysentériques (bacillaires, amibiennes ou toxiques).

Si de nombreuses obscurités subsistent au sujet de ces recto-colites, tant du point de vue étiologique que des points de vue anatomo-pathologique, pronostic, et thérapeutique, de l'étude des observations dont nous ne relatons que les passages qui intéressent directement notre sujet, se dégagent cependant ces quelques notions précises :

a) L'hémorragie ano-rectale est le symptôme essentiel pour lequel viennent consulter les malades.

b) L'examen rectoscopique montre toujours des lésions hyperémiques et hémorragiques de la muqueuse, accompagnées d'érosions, d'ulcérations, parfois même de proliférations.

c) L'abondance des pertes sanguines anémie le malade. L'état général devient rapidement mauvais. Le pronostic de l'affection reste grave, moins cependant qu'il ne l'était autrefois.

Voici quatre observations de recto-colites hémorragiques, dues à l'obligeance de M. le professeur BAUMEL et qui mettent en évidence les principales caractéristiques de l'affection.

OBSERVATION I

Juin 1931. — Mme Gar..., Port-Vendres. Age, 36 ans. Se plaint d'avoir, depuis seize mois des selles incessantes composées de sang et de glaires, mélangées avec un liquide sale et n'ayant pas du tout la forme ni l'aspect des matières fécales. Recrudescence très nette, il y a un mois, avec augmentation du nombre des selles, et douleur à peu près continuelle au niveau de l'an us et de tout le rectum. Etat général très déficient. Pas d'appétit, pas de troubles gastriques, sauf quelques renvois sans goût. Par contre, douleur très violente et continuelle dans la fosse iliaque gauche avec émission d'une douzaine de selles par jour, impérieuses, abondantes, renfermant de nombreuses glaires, du sang, des peaux, et quelquefois même émission de sang complètement pur en quantité importante.

Amaigrissement de 20 kilogs dans ce laps de temps. Poids actuel : 39 k. 300. Palpitations de cœur, essoufflement.

Rien du côté des autres appareils. Aurait eu un accouchement à l'époque où ont commencé les troubles intestinaux. L'enfant a actuellement 15 mois. Présentation par le siège, déchirure musculaire consécutive. Il y a cinq ans, aurait eu une péritonite. Enfin aurait été opérée d'hémorroïdes par diathermo-coagulation.

Examen clinique : langue sale, denture moyenne. Pas de douleur épigastrique. Foie et rate normaux. Corde colique gauche très sensible. Toute la fosse iliaque gauche est très douloureuse. Cœcum gargouillant nettement perceptible.

Tension actuelle au Vaquez : Mx 11 Mn 8, ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique : Le tube rectoscopique pénètre assez facilement à travers le sphincter anal, mais il provoque des douleurs ; il n'y a cependant pas de spasmes de cette région sphinctérienne. Lorsqu'il est arrivé dans le rectum, on le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 18 centimètres de l'anus.

Sur tout ce trajet, on se rend compte que la muqueuse intestinale est ulcérée. Ces ulcérations sont assez importantes, quelques-unes même de la grosseur du petit ongle. Elles ne sont pas recouvertes d'enduit purulent. Elles saignent facilement.

Les parois rectales sont animées d'un certain spasme. Lorsqu'on est arrivé au niveau de la région sigmoïdienne, on se heurte à un spasme excessivement violent et on ne peut pas faire progresser davantage le tube. Au niveau du piston sigmoïdien, on voit s'écouler un liquide sanglant et purulent à la fois qui sort de la sigmoïde à chaque contraction de cette dernière.

Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet de faire d'autres constatations, on tombe sur la région hémorroïdaire qui vient d'être opérée par diathermo-coagulation. A la sortie de l'anus, on note la présence d'une toute petite fistule qui n'a pas l'air de communiquer avec l'intestin.

Examen coprologique : Le matériel prélevé en eau formolée se résoud à la centrifugation en deux couches nettement séparées : une mince pellicule superficielle exclusivement composée d'hématies et un culot blanchâtre exclusivement composé de leucocytes plus ou moins dégénérées avec prédominance très nette de polynucléaires.

En un mot il s'agit d'un véritable pus. Pas de parasites.

Les traitements qui ont été pratiqués sont : auto-vaccins, pansements rectaux. Lavements au synthol, prises bismuthées alternées avec belladone, autovaccins à ingé-

rer. La maladie reste stationnaire pendant plusieurs mois, si bien qu'on se demande s'il ne serait pas bon de pratiquer une intervention chirurgicale. Puis, la situation s'est améliorée et, actuellement Mme Gar., a repris son poids et elle est complètement guérie.

OBSERVATION II

Février 1935. M. Louis Dau., Roquefort. Age, 54 ans. Se plaint de troubles digestifs caractérisés par l'émission de selles nombreuses : 15 à 20 par jour. Depuis environ trois mois, c'est-à-dire, depuis le mois d'Octobre 1934, ces selles sont liquides, contiennent du sang, des glaires, des peaux. Elles se produisent sans horaire fixe, les unes contiennent beaucoup de matières, les autres très peu. Elles s'accompagnent de brûlures au niveau de l'anus sans véritables ténésme et ne sont précédées d'aucune douleur abdominale.

L'apparition de cette maladie date du mois de mai 1930. Le début en a été brusque, du jour au lendemain sans raison apparente. La première crise a duré jusqu'à la fin Oct. 1930 époque à laquelle une amélioration sensible a été constatée, avec diminution du nombre des selles, disparition du sang, augmentation du poids. De 1930 à 1934, chaque année au mois de Juillet, rechute de 4 à 5 jours avec reprises de selles sanguinolentes et glaireuses. En Juin 1934, rechute peut-être plus importante que les fois précédentes. Un traitement à l'émétin et au stovarsol ne donne aucun résultat. Une nouvelle crise en Octobre 1934 qu'on essaie de traiter de la même façon.

Les analyses des selles, mal faites, avaient montré la présence d'amibes dysentériques vivantes, sur des matières qui avaient été envoyées pour examen à un laboratoire distant de plus de cent kilomètres. Ce résultat est depour-

vu de toute valeur. Un traitement à l'émétine et au stovarsol ne donne aucun résultat. C'est pour cette raison que le malade vient me voir.

Antécédents : bronchite à 20 ans. Guerre en France, jamais de Colonies. Aurait cohabité pendant la guerre avec des régiments sénégalais.

Examen clinique : Etat général : teint pâle, anémique, amaigrissement, asthénie. Tube digestif : langue sale, denture en bon état, appétit conservé, douleur dans la fosse iliaque gauche avec gargouillements.

Examen rectoscopique : Il montre que les parois rectales sont le siège d'ulcérations importantes qui saignent facilement et très abondamment. Ces ulcérations sont de grosseur variable. Quelques-unes sont confluentes, toutes sont fongueuses et recouvertes d'un enduit diphtéroïde. Il n'y a pas de formes proliférantes, ni de formes végétantes, bien que de temps en temps, on aperçoive sur le trajet de rectoscope un petit polype. Jusqu'au 12^e centimètre la progression se fait sans difficulté, elle devient plus pénible de 12 à 25 centimètres. On ne peut pas aller plus loin. On fait quelques biopsies aux fins d'analyses anatomopathologiques. Il existe simplement une rectite chronique avec hyperplasie glandulaire sans proliférations cellulaires malignes.

Examen des selles : selles formolées après concentration : hématies, leucocytes, cellules épithéliales de l'anus et du rectum, macrophages, pas de parasites.

Selles fraîchement émises : aucune forme amibienne mobile ou hématophage, aucun kyste ni forme prékystique, hématies, leucocytes, macrophages, cellules épithéliales de l'anus et du rectum.

Mêmes conclusions après fixation et coloration des frot-
tis.

Analyse du sang : 20 Février.

Globules rouges	2.170.000
Globules blancs	7.037
Polynucléaires neutrophiles	51%
Polynucléaires éosinophiles	3%
Grands mononucléaires	21%
Moyens mononucléaires	14%
Lymphocytes	11%

On pratique un traitement à base de pansements rectaux, d'ondes courtes et d'autohémothérapie, piqûres de 20 cm³ tous les cinq jours, dix en tout.

Injectons d'extrait de rate ; ce traitement est continué jusqu'au mois de Novembre 1934.

Novembre 1934 : *Examen rectoscopique* : Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. Les lésions ulcéreuses et hémorragiques, qui avaient été vues lors des précédents examens, se retrouvent encore. Il en existe une à 5 ou 6 centimètres environ de la région anale, les autres sont situées au niveau de la région sigmoïdienne. Ces lésions cependant ont l'air de diminuer d'intensité ; et surtout d'acuité. Les parois sont encore friables, mais on ne voit en aucun endroit de lésions nettement végétantes. Il n'y a pas de néo-formations. Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet pas de faire d'autres constatations.

Séro-agglutination légère pour SHIGA., sans valeur pour FLEXNER.

On décide M. Dau... appartenant au groupe sanguin n° 3, de faire des transfusions sanguines, d'ordre médical ; on en fait six ou sept séparées chacune de huit à dix jours avec au maximum une quantité injectée de 350 cc. Les transfusions s'accompagnent du même phénomène qu'on avait remarqué au moment des injections d'autohémothérapie.

Une nouvelle rectoscopie montre que l'état local est stationnaire, mais l'état général a singulièrement fléchi. Le poids qui était de 63 kilogs est de 51 k. 350.

Lésions rectales, ulcérations sanglantes.

Avril 1935 : rechûte, mêmes symptômes qu'au début, anémie globulaire.

Examen hématologique (29 mai) :

Taux d'hémoglobines 65 %

Numération :

Globules rouges 1.825.000

Globules blancs 15.000

Hématoblastes 530.000

Formule :

Polynucléaires :

 éosinophiles 5 %

 basophiles 0 %

 neutrophiles 49 %

Lymphocytes : 20 %

Mononucléaires :

 grands 12 %

 moyens 14 %

Observation : fragilité globulaire poï kilocytose.

Nombreux métamyélocytes.

OBSERVATION III

Mai 1935. Monsieur Ney... Malmort. Age : 39 ans. Se plaint de troubles digestifs caractérisés par de l'entérite avec douleur dans la fosse iliaque gauche depuis un an. Bon appétit. Pas de dégoût, pas de ballonnement, pas de brûlures, pas de vomissements, pas de nausées, pas de

renvois. Douleur abdominale gauche accentuée surtout pendant la nuit, avec coliques importantes et émission d'une dizaine de selles par jour, renfermant tantôt des matières plus ou moins moulées, mais généralement mêlées à des glaires et à du sang ; tantôt très peu de matières uniquement glaireuses, s'accompagnant alors de faux-besoins. Le sang y est en quantité assez abondante. C'est du sang rouge nettement visible. L'émission de ces selles ne s'accompagne de douleurs ni avant ni après la défécation ; il n'y a donc ni épreintes, ni ténésme.

Amaigrissement de 25 kilogs en un an. Poids actuel 60 kilogs.

Rien du côté des autres appareils.

N'a jamais été aux Colonies.

Examen clinique : Langue sale, denture normale. Pas de douleur au plexus solaire. Estomac normal, foie et rate normaux. Corde colique gauche très marquée, très sensible à la pression profonde.

Examen rectoscopique : Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. Dès qu'on est dans la cavité rectale, on s'aperçoit qu'il y a des ulcérations en nombre excessivement considérable. Ces ulcérations sont quelquefois très importantes. A certains endroits, même, elles sont plus ou moins confluentes. Ces ulcérations sont recouvertes de fausses membranes importantes, elles sont limitées par une zone d'inflammation et on se rend compte que la fausse membrane est assez adhérente au fond et que, lorsqu'on l'enlève, la lésion apparaît saignante. En remontant jusque dans le sigmoïde, on trouve des ulcérations un peu partout. On ne peut pousser plus avant que 25 centimètres parce que la rectoscopie devient à ce moment trop douloureuse. Les parois sigmoïdiennes sont absolument comme les parois

rectales. En somme il existe une recto-sigmoidite nettement marquée. Cette recto-sigmoïdite est ulcéreuse, avec ulcérations importantes.

L'examen coprologique : Pus, sang, cellules desquamées, pas de résidus alimentaires, pas de parasites.

OBSERVATION IV

Planc Georges, 22 ans, service militaire Montpellier. Hospitalisé salle Kiener. Vient consulter le 1er Février 1935, pour troubles intestinaux, caractérisés par des gargouillements abdominaux, et de nombreuses selles (3 à 4 dans la journée). (18 à 20 dans la nuit). Selles peu importantes, avec chaque fois glaires et sang. Faux besoins, peu de ténésme. Parfois coliques calmées par l'émission d'une selle. Jamais d'hémorragie intestinale très importante, mais du mélœna.

Ces troubles remontent au 4 Septembre 1935 avec début brusque.

Bon appétit, pas d'anorexie élective. Amaigrissement de 10 kilogs en six mois.

Antécédents : Pas d'antécédents pathologiques. A habité la Corse (en contact avec les coloniaux).

Rectoscopie du 2 Février 1936 : Le tube rectoscopique pénètre avec douleur, à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 17 centimètres de l'anus. Dès qu'on arrive dans la cavité, ulcérations nombreuses, de la grosseur d'une tête d'épingle, saignant facilement ; quelques-unes siègent sur une élévation de la grosseur d'un pois.

L'ensemble de la muqueuse n'est pas très rouge, certains points sont plus congestionnés, mais en d'autres points, décoloration très marquée. Dans l'ensemble du rectum et

du sigmoïde, spasmes très marqués ; un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Traitement : pansements à l'Agar-agar tous les jours.

Gonacrine.

Vaccinothérapie.

Sous-nitrate de Bismuth.

Le 6 Février 1936 : *Nouvelle rectoscopie* : notable amélioration.

Les ulcérations ont disparu dans la proportion de 70%.

Traitement : pansements à l'Agar-agar trois fois par semaine et même traitement.

Le malade part en congé de trois mois.

Le 7 Mai 1936 : Trois à quatre selles par jour, avec glaires et rarement du sang, plus de faux besoins, pas de coliques. Bon appétit. Il a grossi de 3 kilogs.

Rectoscopie : Muqueuse très œdématisée, congestionnée, avec nombreuses ulcérations, saignant facilement.

Traitement : pansements à l'Agar-agar deux fois par semaine ; autovaccin.

Le 30 Juin 1936 : Amélioration très notable.

Rectoscopie : guérison anatomique.

Traitement : pansements à l'Agar-agar deux fois par semaine. Formule ordinaire et incorporer :

Huile de foie de morue..... 50 grammes

Dermatol

Oxyde de zinc

ââ..... 10 grammes

Ces quatre observations de recto-colites ulcéreuses hémorragiques permettent de dresser un rapide tableau clinique de l'affection. Celle-ci débute par des modifications du transit intestinal. Les selles deviennent diarrhéiques, augmentent de fréquence, s'accompagnent d'épreintes, de ténésme.

Après un laps de temps variable, les selles deviennent extrêmement fréquentes, trente à quarante par jour ; en général liquides peu importantes, elles contiennent du pus, des glaires et surtout du sang. L'hémorragie de sang pur est fréquente. Le rejet avec les selles de caillots de sang est encore la traduction d'hémorragies de moindre importance. Epreintes et lénesme accompagnent les évacuations. Lorsque l'affection s'étend au sigmoïde, le malade accuse des douleurs abdominales atroces, localisées sur le trajet du côlon et s'irradiant vers la cuisse gauche.

A l'inspection de la région péri-anale, on observe souvent de l'eczéma, des condylomes, de petites ulcérations, signes d'inflammation chronique.

La palpation de l'abdomen, de la fosse iliaque gauche principalement est douloureuse, on note fréquemment une corde colique gauche.

Le toucher particulièrement douloureux ne permet pas toujours de porter le diagnostic. Seul le rectoscope fournit des renseignements sûrs.

Au début de l'affection, l'endoscopie montre une muqueuse hyperémisée, congestionnée plus ou moins, ulcérée, saignant facilement au contact du tube. (Cf : fig. 5 et 6).

Plus tard, apparaissent des ulcérations. Celles-ci d'abord petites et disséminées sur la muqueuse recto-sigmoïdienne, deviennent ensuite vastes et confluentes. Elles sont recouvertes de pus ou de fausses membranes. Il est fréquent de rencontrer à leur voisinage des formations prolifératives parfois isolées, souvent groupées et donnant par leur nombre l'impression d'une véritable polypose.

A ce stade des lésions de la muqueuse, l'état général est toujours très atteint ; l'amaigrissement est considérable : 42, 25, 20, 10 kilogs en un an.

L'anémie se traduit par une forte diminution des globules rouges, s'accompagnant de leucocytoses avec poly-

nucléose : rappelons la numération globulaire du malade de l'observation II : 1.825.000 G. R., 15.000 G. B.

La prédominance des lésions constatées sur la muqueuse recto-sigmoïdienne, a permis de classer les recto-colites hémorragiques en recto-colites superficielles, bourgeonnantes, ulcéreuses franches, ou encore ulcéro-infiltrantes. BENSAUDE insiste tout particulièrement sur cette dernière forme, et en décrit trois aspects différents au point de vue clinique.

La forme douloureuse, ressemble à une crise de sigmoïdite. Le côlon sigmoïdien sensible à la palpation forme une tuméfaction en boudin de consistance variable. Les douleurs très vives, s'irradient vers les organes génitaux, les membres inférieurs, la région lombaire. Constipation et diarrhée alternent.

La forme sténosante donne lieu à des crises d'occlusion intestinale.

La forme péritonéale se traduit soit par une péri-sigmoïdite rétractile, soit par une péri-sigmoïdite hypertrophique.

Ces diverses formes sous lesquelles peuvent se présenter les recto-colites hémorragiques, montrent que le diagnostic de cette affection est parfois difficile. Si les phénomènes subjectifs prêtent souvent à confusion et si le clinicien peut de prime abord ne pas les attribuer à une recto-colite hémorragique, l'examen rectoscopique, appuyé par les renseignements que fournit l'analyse des selles, impose le diagnostic.

Il montre nettement les paquets hémorroïdaires, et les caractères particuliers de l'ulcération ou de la néoformation néoplasique.

La dysenterie amibienne et la tuberculose intestinale présentent des aspects endoscopiques bien différents. Seule la dysenterie bacillaire peut être une cause d'erreur.

En effet, dans les deux affections, les troubles accusés par le malade sont identiques, et le rectoscope montre des ulcérations importantes sur toute la muqueuse recto-sigmoïdienne.

La notion d'épidémiologie, les recherches bactériologiques et sérologiques, enfin l'épreuve du traitement facilitent le diagnostic.

Le traitement chirurgical des colites ulcéreuses graves a donné beaucoup d'échecs et tend de plus en plus à être abandonné.

Le traitement médical est le plus souvent seul utilisé, mais avec des résultats bien inconstants.

La thérapeutique locale sous forme de pansements rectaux amène toujours une sédation de l'élément douloureux et produit une amélioration notable.

On a préconisé l'usage des vitamines, plus particulièrement de la vitamine C. GÉZA HETENYI obtient d'excellents résultats par l'injection intraveineuse d'acide ascorbique. D'une façon générale, l'emploi des vitamines lutte contre l'état cachectique des malades comparable à celui observé dans les cas d'avitaminose.

RYSS, STROIKOVA, VEDENSKY, préconisent une thérapeutique de choc, sous forme de transfusion de sang citraté.

M. le Professeur BAUMEL a pratiqué l'auto-hémothérapie chez le malade de l'observation N° II : dix injections de 20 cc tous les cinq jours, traitement qui n'a amené aucune amélioration sensible, et qui, au contraire, provoquait une recrudescence après chaque injection.

CHABROL, CHARONNAT et COTTET, étudient le mécanisme de l'action des eaux minérales dans les affections de l'intestin. A côté de leur action locale, motrice, sécrétoire, désinfectante, ces auteurs leur attribuent les propriétés plus générales de renforcer le pouvoir cytophylactique de l'organisme vis-à-vis des protéïnes ; de modifier le P. H. sanguin, d'apporter des sels minéraux toniques.

Au congrès de Plombières, CHABROL a proposé pour les formes douloureuses les eaux radioactives et oligométalliques, comme Plombières ; Châtel Guyon pour les formes avec stase et putréfaction.

La diversité de ces traitements montre la complexité du problème étiologique de cette affection qui forme cependant une entité clinique bien définie, et des plus importantes. Il faut savoir, et il faut dire aux malades, que ces recto-colites, lorsqu'elles sont en apparence guéries, ont une tendance à la récurrence. Celle-ci peut survenir après plusieurs mois. Le traitement doit être continué très longtemps : notre maître, M. le Professeur BAUMEL a eu l'occasion de voir après plusieurs années de guérison apparente des récurrences nombreuses, entre autre, dans le cas de notre observation du malade Nay...

III. — LES NEOFORMATIONS

a) *Troubles vasculaires, angiomes.*

Nous avons déjà parlé de l'angiomatose à propos des hémorroïdes. Si la coexistence de ces deux affections est assez fréquente, les tumeurs angiomateuses du rectum constituent cependant une affection rare. Il s'agit en général d'angiomes circonscrits : à ce niveau la muqueuse rectale saigne facilement au moindre contact ; les hémorragies se répètent à des intervalles très rapprochés mettant en danger la vie du malade. On comprend donc toute la gravité des *angiomes diffus* occupant rectum et sigmoïde : la muqueuse est exsangue, pâle, livide.

La tumeur angiomateuse se développe aux dépens des vaisseaux de la paroi intestinale formant une véritable tumeur sanguine.

La lumière du rectum dont les parois sont envahies par le tissu caverneux se rétrécit. La progression du rectoscope est parfois difficile. Il est exceptionnel de rencontrer sur la muqueuse lisse des ulcérations : Le sang suinte en nappe.

Seule, la diathermo-coagulation permet d'arrêter ces hémorragies.

b) *Tumeurs Villeuses.*

Ce sont des néoformations purement muqueuses, recouvertes par un fin chevelu de villosités grâciles. Au rectoscope, elles peuvent se présenter sous cet aspect, mais, souvent, la sécrétion glaireuse dont elles sont l'origine leur donne la forme d'un amas gélatineux lisse, mobile et enroulé.

C'est précisément un écoulement muco-glaireux produit par la sécrétion de ces tumeurs qui constitue le symptôme fonctionnel le plus caractéristique. Cet écoulement souvent abondant s'évacue en masse au moment des selles ou suinte à travers l'anus dans l'intervalle des garde-robes. Il peut durer des années sans qu'apparaisse la moindre altération de l'état général. Cependant, la dégénérescence cancéreuse se développe, la tumeur se fixe, des métastases ganglionnaires apparaissent : l'évolution devient celle d'un cancer du rectum.

Avant d'en arriver à ce stade l'examen endoscopique a déjà permis par les caractères si particuliers de ces tumeurs, ou par la biopsie, d'éliminer le polype et le cancer. L'ablation par les voies naturelles facilitée par le tube endoscopique n'est pas toujours suivie de récidives.

c) *Polypes.*

Il serait aisé d'en exposer de nombreuses observations, les cas de polypes intestinaux étant fréquents. Ces polypes

se présentent sous forme de tumeurs isolées du volume d'une cerise, d'une groseille, les plus gros pouvant atteindre la dimension d'une noix. Ils apparaissent généralement d'un rouge vif, violacé, et sont une des causes les plus importantes d'hémorragies intestinales. Parfois recouverts de mucus, il est possible de les confondre avec des tumeurs vilieuses surtout lorsque les symptômes fonctionnels sont vagues, consistant en envies fréquentes d'aller à la selle, suivies de diarrhée, avec hémorragie.

D'une consistance molle, ces petites tumeurs sont, habituellement pédiculées. Le pédicule est long et mince lorsque l'Adénome existe depuis longtemps et qu'il a subi des poussées répétées au passage du bol fécal. Il est bref et large, lorsque l'hypertrophie de la muqueuse n'est qu'à son début. Ordinairement uniques, parfois multiples, ils peuvent envahir tout le rectum et tout le sigmoïde et former par leur réunion la « polypose intestinale ». Le rectoscope montre dans ce cas des polypes de différentes grosseurs, sessiles ou pédiculés, rouge vif, rouge foncé, ou couverts de mucus, groupés en grappes ou disséminés sur toute l'étendue de la muqueuse. Voici une observation de polypose intestinale où il fut possible de faire de telles constatations.

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Baumel

M. F.... Edouard est adressé à M. le Professeur BAUMEL par M. le Docteur C... pour des hémorragies ano-rectales se produisant au moment de la défécation. Le malade constata d'abord du sang mélangé aux matières et par la suite, des hémorragies de sang pur, nullement douloureuses.

Les autres constatations n'ont rien de particulièrement intéressant pour l'observation.

Examen rectoscopique.

Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 15 centimètres. A ce niveau on voit sur la face antérieure du rectum, de nombreux polypes agglomérés en grappe : cette agglomération a des dimensions d'une grosse prune. Deux prélèvements sont effectués en vue d'un examen histologique qui ne révèle rien de néoplasique.

Qu'il s'agisse de polypes isolés de la muqueuse ou de polypose intestinale, il y a lieu de faire en général, des réserves sur l'évolution de ces petites tumeurs. A plus ou moins longue échéance ces adénomes bénins perdent de leur mollesse ; ils prennent un aspect irrégulier en chou-fleur, et à ce stade, ils peuvent très bien dégénérer en tumeurs malignes comme le montre cette dernière observation : l'examen histologique tranche alors la question.

Observation :

M. Des... Germain 55 ans, vient consulter, le 15 Janvier 1934 pour des douleurs abdominales vagues, et surtout, ce qui inquiète le malade, parce qu'il présente depuis quelques mois des hémorragies ano-rectales de sang rouge importantes au moment de la défécation.

Examen rectoscopique : Le tube rectoscopique pénètre facilement dans la cavité rectale jusqu'à 15 centimètres de l'anus. Sur tout ce trajet, on note la présence de nombreux polypes isolés et d'autres agglomérés.

Un cathétérisme rétrograde permet de faire les mêmes constatations.

Il y a au niveau de la région sphinctérienne une zone ulcéreuse sur laquelle on pratique une biopsie. On fait également une biopsie au niveau d'une néoformation dure, bourgeonnante, non ulcéreuse.

Réponse du laboratoire : dégénérescence cancéreuse : épithélioma cylindrique.

Le toucher ne suffit pas pour faire le diagnostic de ces tumeurs. En effet, haut situées, le diagnostic ne peut se faire sans l'examen rectoscopique. C'est encore avec l'aide du tube endoscopique que le praticien prélève le fragment indispensable pour la biopsie, et peut appliquer la seule thérapeutique efficace : ablation par diathermo-coagulation ; excision après ligature du pédicule, ou exérèse d'une portion de l'intestin en cas de transformation maligne.

d) *Cancer.*

Il est classique de diviser les cancers du rectum en deux grandes variétés : les cancers ampullaires et les cancers sus-ampullaires ou recto-sigmoïdiens. Pour les premiers certes les plus fréquents, si le toucher rectal en assure généralement le diagnostic, il n'est pas inutile de compléter celui-ci par une rectoscopie. Lorsque le doigt arrive sur une masse bourgeonnante, dure, saignante, reposant sur une muqueuse cartonnée, le diagnostic s'impose. Mais la néoformation peut échapper au toucher, elle peut être molle, glisser sous le doigt qui la cherche ; une simple ulcération, parfois même recouverte de mucus ne laisse pas soupçonner sa malignité et passe bien souvent inaperçue.

La rectoscopie est donc, utile, même dans ces cas où il semblerait que le toucher suffise pour faire le diagnostic. Elle devient absolument indispensable dans les cas plus nombreux qu'on ne le pense, de cancers recto-sigmoïdiens. GANT prétend que dans 35 pour cent des cas, le cancer occupe l'anse sigmoïde, ou la partie supérieure du rectum, donc une région inaccessible au toucher.

La rectoscopie permet d'établir un diagnostic précoce facilitant ainsi l'indication chirurgicale, et modifiant

d'autant le pronostic en faveur du malade. Les observations sont nombreuses, qui montrent que des diagnostics ont été singulièrement bouleversés par l'examen rectoscopique.

Des hémorragies imputées aux hémorroïdes se sont révélées, causées par un néo... Des écoulements muco-purulents, des syndromes dysentériques frustes, ont été rattachés à tort à une colite muco-membraneuse !

Dans des cas plus heureux, la rectoscopie a montré par contre le caractère bénin de la tumeur examinée — ou la nature dysentérique ou bacillaire d'ulcérations points de départ de troubles qui avaient fait songer au néoplasme.

Le cancer du rectum ou du sigmoïde se présente habituellement sous une forme végétante ou ulcéro-végétante. Sur une muqueuse indurée cartonnée, s'implantent de petits bourgeons mamelonnés, tassés, durs, donnant l'impression d'un chou-fleur. Au toucher, le néo saigne facilement — l'hémorragie est particulièrement tenace mais peu importante.

L'observation suivante montre la facilité du diagnostic rectoscopique, contrôlé par la biopsie dans les cas de néoplasmes bourgeonnants.

Observation.

Consultation de Gastro-Entérologie de M. le Professeur BAUMEL.

M. Eres... Joseph vient consulter, le 23 novembre 1936 pour des troubles digestifs datant de trois ans, caractérisés par de l'anorexie, et des douleurs épigastriques et abdominales, douleurs fugaces sans horaire fixe, s'accompagnant d'une diarrhée surtout nocturne avec six à sept selles par 24 heures.

M. Eres... a constaté la présence de sang rouge dans ses matières en quantité peu importante au début des troubles digestifs, abondante depuis un mois.

Antécédents : Paludisme.

Examen : fosse iliaque gauche sensible, foie et rate normaux.

Examen des selles : Le 4 Décembre 1936 : ni kystes, ni parasites. Résidus de la digestion normaux. Quelques fibres musculaires non digérées.

Rectoscopie : Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 10 centimètres de l'anus. A ce niveau, on voit des néoformations en nombre assez important sur la face antérieure du rectum. On est obligé de faire progresser le rectoscope de bas en haut en suivant la concavité sacrée.

On fait plusieurs prélèvements biopsiques, qui déterminent un abondant saignement. Cathétérisme rétrograde : pas d'autres constatations.

Réponse du laboratoire d'anatomie pathologique : néoplasme du rectum : épithélioma cylindrique.

La biopsie permet donc d'affirmer la nature néoplasique de la néoformation et évite ainsi la confusion avec un adénome bénin.

Lorsque le néoplasme est simplement infiltrant, et lorsque la masse est sphacélée, ulcérée, le diagnostic devient plus délicat. Cependant, en cas de cancer, les bords de l'ulcération sont très indurés ; celle-ci donne un suintement sanglant au lieu de provoquer une hémorragie importante : caractères bien différents de ceux des ulcérations tuberculeuses ou dysentériques.

Le cancer du rectum peut se présenter sous une forme infiltrée. Il est parfois difficile de rapporter cette forme sténosante à la néoplasie, et, d'autre part, on risque d'y songer à tort, même en cas de rétrécissement.

Nous avons relaté une observation d'amibiase intestinale chronique, point de départ d'un rétrécissement du rectum. Au cours d'une crise d'occlusion la nature amibienne du rétrécissement ne fut pas reconnue, et un anus iliaque paralyse actuellement un pseudo-cancéreux de 31 ans.

Par les hémorragies, par les troubles de la défécation, par l'écoulement de glaires et de mucosités qu'il détermine, le cancer du rectum ou du sigmoïde peut donc prêter à confusion, non seulement avec les hémorroïdes, ou les polypes intestinaux, mais encore, avec la plupart des affections à syndromes dysentériques.

Nous ne saurions trop insister, nous venons de le montrer, sur l'utilité de l'examen rectoscopique : il permet dans les cas peureux de chasser de l'esprit du malade, la hantise du cancer, et de lui, dépendent la certitude et la précocité du diagnostic, élément dont il est superflu de discuter l'importance dans l'évolution du néoplasme.

CHAPITRE V

La Biopsie

L'examen histologique d'une lésion est dans les cas de doute, le seul moyen capable d'en révéler la nature. En cas de néoplasme avéré, la biopsie est indispensable pour guider la thérapeutique, justifiant l'intervention chirurgicale ou le maintien d'une thérapeutique physiothérapique ou purement médicale. Des biopsies répétées et faites à des endroits différents peuvent déceler une lésion localisée. Elles peuvent poser les indications thérapeutiques qui découlent de la nature de la lésion elle-même.

Il n'y a pas de contre-indications à une biopsie rectale bien faite. Les seuls incidents peuvent être des risques d'hémorragie qu'il est possible de juguler rapidement par diathermo-coagulation.

La perforation ne peut pas se produire lorsque le prélèvement est pratiqué par un opérateur avisé. Il est incontestable qu'on doit s'abstenir de tout prélèvement si on soupçonne la présence d'un angiome.

Un prélèvement ne doit jamais être fait sur une muqueuse non proliférante. Sur une muqueuse saine, ce pré-

lèvement ne peut d'ailleurs être réalisé par les pinces à biopsie actuelles. Il faudrait donc une certaine bonne volonté de l'opérateur, pour rendre dangereux un acte de pratique courante.

Un tube rectoscopique de 22 millimètres de diamètre suffit généralement pour pratiquer une biopsie. Dans certains cas, on peut employer des tubes plus gros, l'éclairage externe permet de diriger avec plus de facilité à l'intérieur du tube la pince coupante.

a) Il ne faut pas faire de biopsie sur une lésion non hypertrophique qui aurait subi peu auparavant l'action de caustiques ou d'agents physiques énergiques, tels que : étincelage ou électro-coagulation.

b) On évitera de faire une biopsie coupante sur le centre nécrotique d'une ulcération. On se contentera dans ce cas de faire un frottis. Une biopsie doit toujours être faite à cheval sur le bord de la lésion, de façon à intéresser le centre de celle-ci, sa zone d'extension et le tissu sain.

c) La manipulation des fragments doit être minutieuse. Il faut les placer immédiatement dans le *liquide de Bouin*, dans le formol salé, ou dans le *liquide de Van Gehuchten* (alcool absolu, chloroforme, acide acétique cristallisable). Ces liquides réalisent une fixation suffisamment rapide, et conviennent parfaitement aux fragments de biopsies rectales, toujours de faible épaisseur.

Il est rare qu'on soit appelé à employer la congélation, car, par les procédés que nous venons de citer, il est possible d'avoir une réponse dans les quatre ou six premières heures qui suivent le prélèvement.

Il est tout de même important de faire plusieurs biopsies à des endroits différents pour être sûr d'avoir au moins un prélèvement intéressant le centre de la lésion : une erreur peu, en effet, être la conséquence de prises uniquement périphériques, même dans le cas de cancer.

CHAPITRE VI

Thérapeutique

Quelles sont donc les diverses thérapeutiques médicales ou chirurgicales que permet de réaliser la rectoscopie ?

1°) THERAPEUTIQUE MEDICALE.

Elle s'applique tout particulièrement aux inflammations simples ou spécifiques de la muqueuse recto-sigmoïdienne. Elle en modifie heureusement l'évolution et en calme les phénomènes douloureux. Elle s'adresse encore aux érosions et ulcérations de la muqueuse qu'elle permet souvent de faire cicatriser.

Les médicaments employés sont utilisés sous la forme de *pansements rectaux*, incorporés alors à une solution épaisse de mucilage ou sous la forme de poudrages. Les liquides modificateurs s'emploient par attouchement direct.

I. — PANSEMENTS RECTAUX.

Les pansements rectaux décongestionnent la muqueuse, absorbent et fixent les sécrétions séro-albumineuses, lubrifient le conduit rectal.

Voici d'après FRIEDEL, classées selon leurs propriétés thérapeutiques et dosées pour 600 grammes d'excipient mucilagineux, les principales de ces substances médicamenteuses.

1°) *Les calmants* : Laudanum, 30 gouttes ; teinture de Belladone, 30 gouttes.

2°) *Les désinfectants* : Liqueur de Labarraque, 4 grammes ; eau de Rabel, 4 grammes ; huile gomenolée, 10 cc.

3°) *Les styptiques* : Adrénaline au 1 p. 1000, 30 gouttes : Antipyrine, 3 grammes ; seigle ergoté, 2 grammes.

4°) *Les cautérisants* : Ichtyol, 5 grammes ; Dermatol, 5 à 10 grammes ; Acide chromique, 0,50 ctg. ; nitrate d'argent, 0,10 ctg.

5°) *Les absorbants* : Carbonate de chaux, 20 grammes ; Carbonate de bismuth, 20 grammes ; oxyde de zinc, 30 grammes ; poudre de charbon, 50 grammes.

Le bleu de méthylène, le permanganate de potasse, le collargol sont incompatibles avec les mucilages.

Le chlorhydrate de cocaïne ne doit être employé qu'avec de l'eau distillée.

M. le Professeur BAUMEL emploie dans son service la formule suivante :

Agar-agar, 2 cuillerées à café.

Dissoudre dans eau, 150 cc.

Ajouter infusion de camomille à 37°, 650 cc.

Incorporer :

Oxyde de zinc,	ââ 10 grammes.
Dermatol,	

(Et en plus tout autre médicament déjà cité suivant les cas).

Faire tiédir au bain-marie. Injecter lentement 150 grammes, avec une poire à lavements d'enfant, tous les soirs, tous les deux soirs ou deux fois par semaine. A garder aussi longtemps que possible, toute une nuit par exemple. En cas d'intolérance rectale, diviser la dose, et répéter les injections dans le courant de la journée. Parfois certains maux locaux : exagération des épreintes, du ténesme, besoins impérieux, font redouter au patient l'emploi d'un médicament auquel par la suite il s'accoutume très rapidement.

II. — LE POUDRAGE.

On a préconisé pour le traitement des lésions recto-coliques le *poudrage* de la muqueuse.

Ce procédé consiste à insuffler avec un pulvérisateur, et à travers le rectoscope, certaines poudres, dont les plus employées selon l'effet recherché, sont : le carbonate de bismuth, le dermatol, le Kaolin, le talc, le tannin, l'iodeforme à 1 pour 5.

Ces poudres doivent être en contact avec la muqueuse : il est donc indiqué de débarrasser celle-ci auparavant, du sang, du muco-pus ou des glaires qui peuvent la souiller, par des lavages avec une solution alcaline tiède par exemple.

III. — LES ATTOUCHEMENTS LIQUIDES.

Enfin, les *attouchements médicamenteux* donnent parfois d'excellents résultats. M. le Professeur BAUMEL a pu constater la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses après des attouchements de créosote, ainsi que l'amélioration très nette de lésions gonococciques après l'emploi de bouillons-vaccins.

On peut procéder encore à travers le rectoscope, à des badigeonnages de la muqueuse avec des solutions aqueu-

au nitrate d'argent à 1 pour 1.000, au protargol, au gœnol, au gâiacol, au collargol, à l'iode, au chlorure de calcium 10 pour 100, au formol à 1 pour 200, à la gonatine à 1 pour 5.000.

2°) THERAPEUTIQUE PHYSIOTHERAPIQUE D'ORDRE MEDICAL

Elle comprend l'emploi de la diathermie intra-rectale, des ultra-violets intra-rectaux.

1°) *Diathermie*. — La diathermie rectale agit sur l'appareil circulatoire local et sur le processus inflammatoire. Elle décongestionne, assouplit les tissus, et permet également une résorption plus facile et plus rapide des résidus de l'inflammation.

On l'emploie avec succès dans les rétrécissements inflammatoires du rectum, dans certaines recto-colites ulcéreuses et hémorragiques, et au cours des poussées hémorridaires. L'emploi de la diathermie et des traitements médicaux énumérés au chapitre précédent, est souvent indiqué.

Nous n'entrerons pas plus avant dans la description de l'appareillage qui consiste à mettre toujours comme électrode intra-rectale surtout dans le traitement des rétrécissements inflammatoires, le calibre le plus gros qu'il est possible d'introduire sans douleur.

Les applications se font en mono ou en bipolaires, avec une électrode anale seule, ou avec une électrode anale et une plaque ventrale.

Les séances ne doivent pas avoir plus d'une demi-heure de durée. Elles peuvent se répéter sur le rythme maximum de trois séances par semaine, une tous les deux jours.

2°) *Ultra-violets*. — L'effluation se fait avec des tubes de verre dans lesquels se dégagent des rayons ultra-vio-

lets. Les indications de ce traitement sont les mêmes que celles de la diathermie. On peut cependant y ajouter les prurits anal et ano-rectal. Le rythme des séances est le même.

Les ultra-violets nécessitent un appareil de diathermie capable de faire l'effluation (appareil à éclateur). L'application diathermique est toujours unipolaire ; elle se fait à travers le rectoscope pour la mise en place de l'électrode. Elle peut se faire directement sans rectoscope. Celui-ci est d'ailleurs toujours retiré une fois l'électrode en place.

3°) THERAPEUTIQUE D'ORDRE CHIRURGICAL :

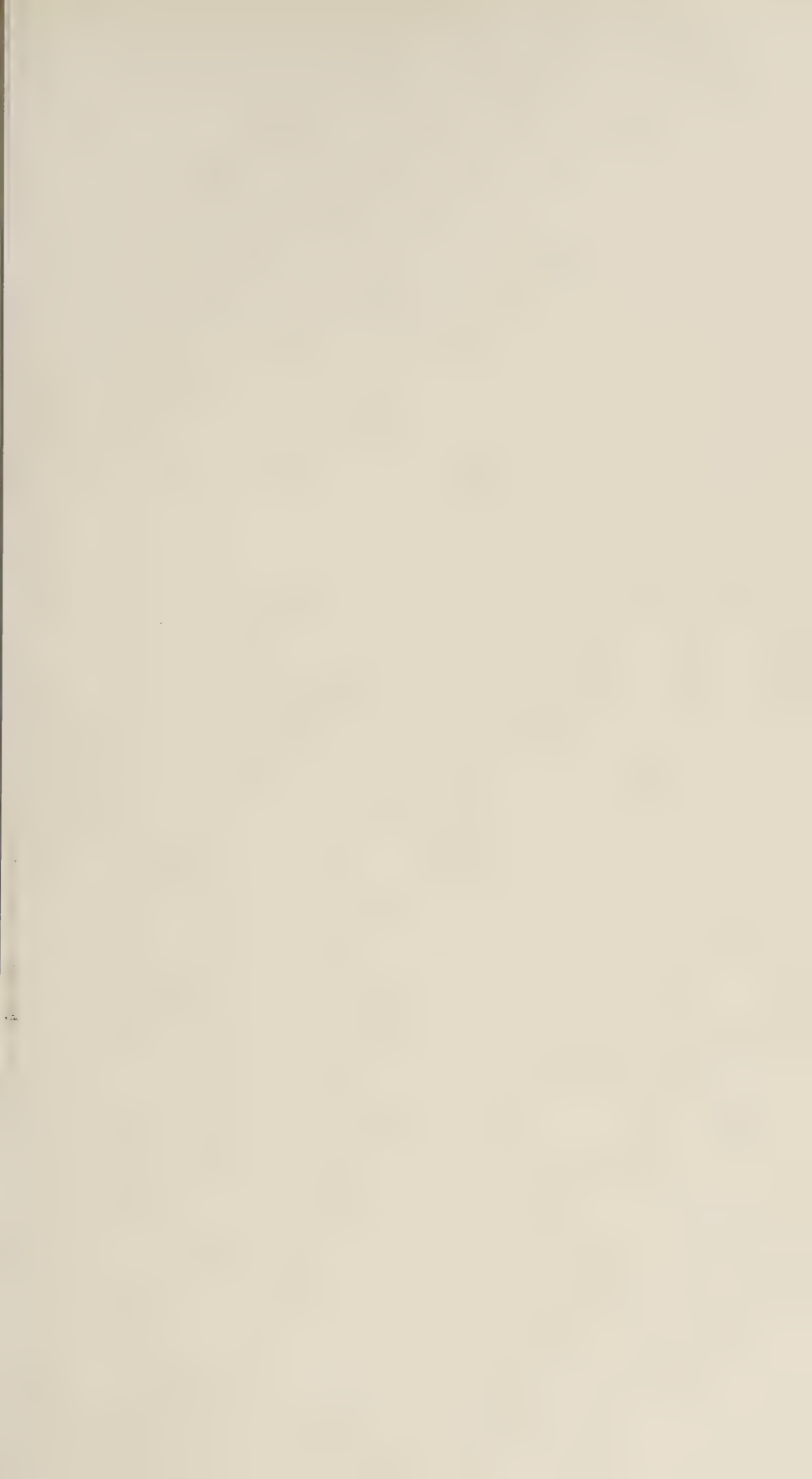
1°) *Injections sclérosantes.*

Avant de prescrire l'utilisation chirurgicale des courants de haute fréquence dans le traitement des hémorroïdes, il faut toujours avoir recours, surtout en cas d'hémorroïdes internes, aux injections sclérosantes, traitement qui nécessite l'emploi du rectoscope, et d'un appareillage spécial.

Cette thérapeutique, indolore, est ambulatoire.

Elle consiste dans l'injection dans la sous-muqueuse et au-dessus de l'hémorroïde, de trois à cinq centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 pour 100.

Après avoir introduit l'anuscopie décrit au début de ce travail, on badigeonne à l'alcool iodé l'hémorroïde choisie. L'opérateur, pour avoir toujours présent à l'esprit les hémorroïdes déjà opérées, figure l'anuscopie par le cadran d'une montre dont chaque hémorroïde représente une heure. On injecte à chaque séance, l'hémorroïde qui occupe le pôle opposé à celle traitée à la séance précédente. On pousse doucement l'injection en utilisant une seringue



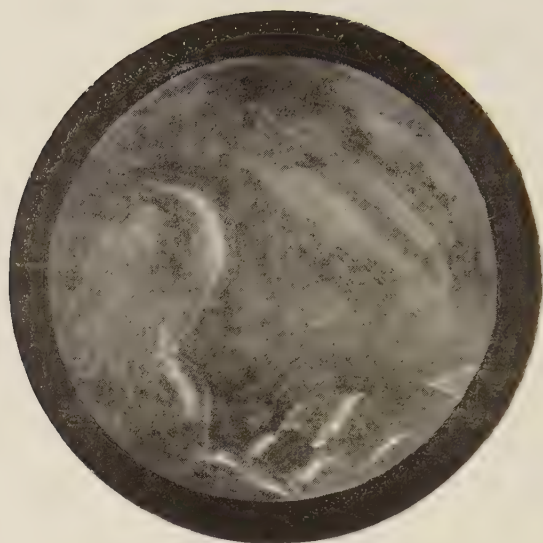


fig. 7

Masse néoplasique bourgeonnante, a) avant diathermo-coagulation

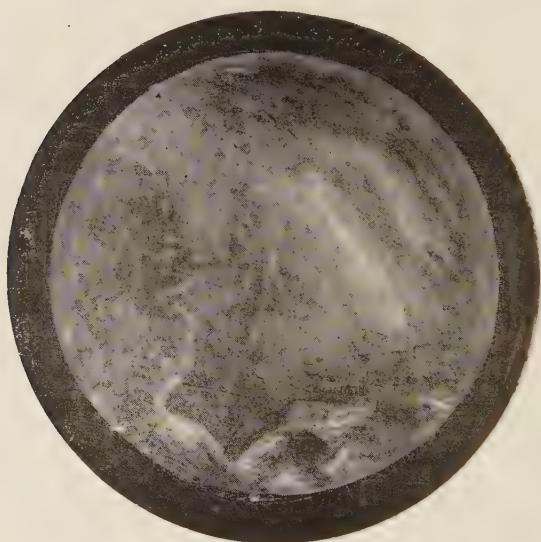


fig. 8

b) Après diathermo-coagulation

unie d'un embout métallique, long de 10 centimètres et terminé par une fine aiguille de platine de un centimètre. Selon le nombre des hémorroïdes, le traitement comporte des séries de plusieurs injections, espacées de huit jours en moyenne.

Les injections d'alcool employées par Boas, ou de glycérine phéniquée, préconisées par les Anglo-Américains, sont douloureuses et nécessitent l'anesthésie locale et le repos au lit : on les a abandonnées.

Les injections sclérosantes de quinine-urée constituent un merveilleux traitement des hémorroïdes : elles sont exemptes de dangers et aussi curatrices que n'importe quelle intervention chirurgicale.

2°) *Thérapeutique chirurgicale.*

La thérapeutique chirurgicale a pour but la destruction ou l'ablation des diverses néoformations de l'intestin : anomalies, tumeurs villeuses, papillomes, adénomes. On la réalise de deux façons : 1° par diathermo-coagulation ; 2° par le bistouri, électrique ou non.

Diathermo-coagulation.

Le principe de la diathermo-coagulation est de concentrer les courants produits, en un point précis, à l'aide d'une petite électrode active métallique placée au contact des tissus. Elle se pratique soit à l'aide d'aiguilles appropriées, soit à l'aide de l'anse ou serre-nœud diathermique. Elle peut être uni ou bipolaire.

Nous reproduisons ci-contre deux clichés qui montrent le résultat obtenu dans le traitement d'une masse néoplasique sigmoïdienne (Cf, fig. 7 et 8).

Au lieu d'avoir recours à la diathermo-coagulation, on peut parfois se contenter de l'*Etincelage* simplement modificateur des diverses lésions.

Actuellement, la diathermo-coagulation, en plus des petites électrodes, emploie le *bistouri électrique* assez rarement utilisé cependant dans les interventions intra-rectales. Son principe est le même que celui que l'on vient de voir : l'électrode, par son faible volume, est seulement devenue coupante. On l'emploie avec des appareils à ondes courtes en mono-polaire.

Le bistouri électrique est utilisé dans l'ablation de certaines néoformations rectales : tumeurs villeuses, néoplasmes, polypes tout particulièrement.

Ces diverses interventions ne sont pas douloureuses, et ne nécessitent jamais d'anesthésie, sauf les opérations d'hémorroïdes, car seules sont douloureuses les applications sur les productions qui renferment du tissu cutané.

Le seul inconvénient de ces divers procédés de diathermo-coagulation est de produire une petite escarre qui, au moment de son élimination, c'est-à-dire au bout de sept ou huit jours, peut être la cause d'une hémorragie plus ou moins importante, qu'une nouvelle application de diathermo-coagulation arrête d'ailleurs rapidement. Mais ces interventions présentent par contre le grand avantage de laisser une cicatrice souple, très peu rétractile et de donner dans le traitement de la plupart des néo-formations, un résultat aussi durable que n'importe quel traitement chirurgical. Leur indication n'est limitée que par l'étendue ou le siège de la lésion.

4°) APPLICATIONS DE RADIUM.

Le rectoscope permet de placer au niveau du bourgeon ou de l'ulcération néoplasiques, le tube radifère de Dominici, inclus dans une sonde de caoutchouc, et maintenu par des tampons placés dans la cavité rectale, soutenus eux-mêmes par un bandage en T.

Nous n'entrerons pas dans le détail des doses de radium à employer et de la durée du traitement, ce qui sortirait du cadre de cette étude. Nous noterons l'influence parfois heureuse de cette thérapeutique sur les formations polypeuses qui, après quelques applications, semblent disparaître d'une façon définitive.

Lorsque la chose est possible, on lui préférera cependant la diathermo-coagulation.

Au point de vue strictement chirurgical, le rectoscope permet l'ouverture au bistouri de certaines collections qui bombent dans le rectum. Il peut permettre encore l'ablation de petits polypes, et l'extraction de certains corps étrangers.

Conclusion

Nous avons voulu mettre en évidence dans ce travail d'ensemble sur la Rectoscopie, l'importance des renseignements que fournit cette méthode dans le diagnostic des affections du segment terminal du tube digestif. En permettant d'atteindre les lésions, la rectoscopie rend encore possible une thérapeutique locale dont il est facile de suivre les effets.

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1) La rectoscopie est une méthode d'investigation d'un emploi facile. Au service d'un opérateur avisé cette méthode est inoffensive, et ne cause jamais d'accidents lorsque le tube endoscopique progresse dans la lumière intestinale avec douceur, et sous le contrôle de la vue.

2) Des symptômes communs à de nombreuses affections du rectum ou du sigmoïde, laissent bien souvent le clinicien dans le doute.

La rectoscopie seule met en évidence les hémorroïdes ou les dilatations variqueuses haut situées, la présence d'un angiome, de polypes, ou d'une masse bourgeonnante. Elle

permet donc dans les cas si fréquents d'hémorragies ano-rectale, de faire une discrimination, en rapportant la perte de sang à sa véritable cause. Et, si le diagnostic est hésitant, une biopsie d'un fragment de la néoformation en montre la structure normale, ou la dégénérescence néoplasique des cellules.

Lorsque la muqueuse recto-sigmoïdienne est le siège de certaines modifications d'éclat, de relief ou de structure : érosions ou ulcérations par exemple, le diagnostic rectoscopique est parfois délicat.

Pour qui à l'habitude des examens endoscopiques, l'aspect d'un processus évolutif aigu ou chronique ne trompe pas.

Mais, certaines lésions de la muqueuse ne sont pas particulièrement pathognomoniques : il est parfois difficile de les rapporter à tel agent parasitaire, ou microbien.

L'emploi du rectoscope permet dans ce cas, au niveau des lésions, des prélèvements qui effectués dans les matières fécales ne donnent pas au laboratoire les mêmes facilités d'examen.

Par la prédominance des lésions ulcéreuses, et par leurs caractères, la rectoscopie a permis de porter le diagnostic jusqu'alors insoupçonné des recto-colites ulcéreuses et hémorragiques.

3) Le rectoscope permet l'application locale d'une thérapeutique :

Médicale : pansements rectaux, poudrages et attouchements liquides ;

Physiothérapique : diathermie, ultra-violets, Radium.

Ou chirurgicale : Injections sclérosantes diathermo-coagulation et étincelage.

Il permet en outre de suivre les progrès réalisés par ces divers traitements isolés ou associés.

Les examens rectoscopiques, pendant de nombreuses années, ont été pratiqués par les seuls spécialistes des

endoscopies digestives. La rectoscopie est actuellement mieux connue de tous ; il serait heureux, dans l'intérêt même des malades, qu'elle occupe dans la pratique médicale courante, la place à laquelle la simplicité de sa technique et l'importance des renseignements qu'elle fournit, lui donnent droit.

.

Bibliographie

- AMERICO VALERIO. — Hémorroïdes, angiomatose et angiomes ano-rectaux. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, Juill. 1934, p. 708.)
- ARAFI M. A. — New rubber proctoscope. (*Lancet*, 2 ; 484-485. 19-34).
- BAUMEL J. — L'endoscopie digestive. in « *Synthèse* » n° 4, Avril 1934.
- BAUMEL J. — Considérations pratiques au sujet de quelques cas de colite ulcéreuse grave non amibienne. 1er *Congrès Int. de gastro-enté-*
Bruxelles 1935, p. 106.
- BAUMEL J. — Rapport sur l'amibiase intestinale chronique. *Maroc-Médi-*
cal, Avril 1936 (Casablanca-Rabat).
- BAUMEL J. — Cours de gastro-entérologie : 1936-1937.
- BAUMEL J. — Consultations de gastro-entérologie : 1933-1937.
- BAUMEL J., MAS-BALMÉS. — Cancer du rectum chez un homme atteint de
maladie de Recklinghausen. in *Société des Sciences Médicales et*
biologiques du Languedoc Méditerranéen.
- BENSAUDE. — Recto-sigmoïdoscope à éclairage interne et externe (en col-
laboration avec Lyon).
(*Bulletin et mémoires de la société méd. des Hôp. de Paris*, 6
Mai 1910).
- BENSAUDE. — La recto-sigmoïdoscopie. Conférence faite à la société de
l'internat. (*Bulletin de la soc. de l'int.*, Mai 1910).
- BENSAUDE. — L'endoscopie recto-colite (rectoscopie, sigmoïdoscopie. *Presse*
médicale N° 31, 17 Avril 1912.
- BENSAUDE. — Contribution à l'étude endoscopique et thérapeutique des
procto-sigmoïdites en collaboration avec Dr. Thibaud. (*Bull. et*
Mém. de la soc. méd. des Hôp., 31 Octobre 1913).
- BENSAUDE. — Technique de l'examen du rectum et du côlon terminal.
(Paris médical, N° 49, 1918).
- BENSAUDE. — Le cancer du rectum, in traité de pathologie médicale, t.
XI, *Maloine*, éditeur 1921.
- BENSAUDE. — Traité d'endoscopie. (*Masson* éditeur, 2e édition 1926).

- BENSAUDE. — Endoscopie intestinale. Sa valeur dans le diagnostic et le traitement des affections recto-coliques. (*Revue méd. franç.*, Février 1927, p. 129).
- BENSAUDE et P. AUGIER. — Miroir éclairant destiné à l'exploration de la cavité sacrée au cours de la rectoscopie. (*Archiv. des malad. de l'appareil digestif*, 801-803, Juillet 1928).
- BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. — Diverticules du gros intestin ; in maladies de l'intestin. (*Poinat*, éditeur 1926).
- BENSAUDE, CAIN et POIRIER. — Les fibromes, fibro-myomes et myomes du rectum. (*Journ. de chirurgie*, Sept. 1933).
- BUMM. — A propos du traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes. (*Der chirurg.*, an V., t. XXI, Nov. 1933).
- BUROFF. — Importance of rectoscopy in diagnosis and therapy of Colitis. (*Klin. méd.* N° 9, 1929, p. 579 à 583).
- CAIN et FACQUET. — Deux cas d'entérorragie d'origine sigmoïdienne. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, Nov. 1934, p. 994).
- CALVO J. — Necessity for endoscopy and « touch » method. (*Bul. de la ligu. contra el cancer*, 1er mars 1928, p. 49).
- CHIFOLIAN et MALLEYSSON. — Deux cas de perforation du sigmoïde. (*Progrès médical*, N° 50. Décembre 1926, p. 1863).
- CHIRAY-COZLAN. — Une nouvelle table de rectoscopie et de rectothérapie. (*Presse méd.* 42, 1029, 23 June, 1934).
- CHISHOLM A. J. — Lamp to facilitate localization of rectal abrasions. (*colorado méd.*, Avril 1929, p. 114).
- XLIIIe Congrès Français de Chirurgie.** — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes.
- DERZHAVETS M. A. et FONAREV A. A. — Universal rhéostat for feeding low voltage lamps of endoscopic apparatus. (*Novy Khir. Arkhiv* 28 ; 88-90, 1933).
- DICHTER I. — Rectoscopy in medical practice. (*Romania méd.*, 8, 852, 1-10-30).
- DIMITRIU et STOIA. — Les rectites infiltratives sténosantes et hyperplasiques (1933). *Masson*, éditeur.
- DUPONT. — A propos de la rectoscopie. (*Soc. de méd. de Paris*, 9-11-23).
- DURST. — Sur les sources d'erreurs de la rectoscopie. (*Munchener medizinische wochenschrift*, n° 13, le 30-3-34).
- GRAULICH R. G. — L'endoscopie en gastro-entérologie. (*Bruxelles méd.* N° 15, le 11-2-34).
- HEWITT Wt. — Proctoscopy as aid to diagnosis. (*Southwester méd.* 18 ; 294-297, 9-34).
- A. LAMBLING. — Syphilome ano-rectal de Fournier et lymphogranulomatose rectale ; identité clinique des lésions. (*Rev. méd. franç.* 1934, p. 675).
- LOCKART-HUMMERY. — The sigmoïdoscope. (*Baillière*, éditeur 1906).
- MARSAT Paul. — L'éclairage en endoscopie. (Thèse de Paris 1934, éditeur *le Français*).
- MENEGAUX G. — Les accidents graves de la rectoscopie. (*Presse médicale* N° 97, 6-12-33).

- MUNIZ J. R. — Diagnosis of Amebic dysentery by rectocolic endoscopy. (*Vida Nueva*, 15 Août 1929, p. 124).
- NORBURY. — The sigmoidoscope (the practitioner, n° 110, Février 1923, p. 156).
- A. E. PANTING. — Le traitement des hémorroïdes par la quinine urée. (*The méd. journal of Australia*, 30 septembre 1933).
- PAULSON M. — Proctosigmoidoscopy, médical diagnostic procédure plea for wider, and more frequent use of this method internist. (*Ann. int. méd.*, 4 ; 498-500. Nob. 1930).
- PINTO-FILHO J. — Syndromes dysentériques e retroscopia. (*J. de Clin.* 13 ; 293-294, 15-10-32).
- PREL E. — Etude de l'endoscopie recto-colique. (*Thèse de Paris*, 1908).
- J. RACHET. — Les hémorroïdes, diagnostic ; traitement. (*Prat. méd. illustrée*) 1933, Doin éditeur.
- J. RACHET. — A propos de quelques hémorragies d'origine ano-rectale. (*Rev. méd. franç.* 1934, p. 693).
Le traitement médical des fissures anales. (*Paris médical*, 7 Avril 1934),
- J. RACHET, A. BUSSON, J. ARNOUS. — Société de gastro-entérologie de Paris. Séance du 9, XI, 36. « Remarques sur les recto-colites hémorragiques ».
- J. RACHET, A. BUSSON, J. ARNOUS. — « Traitement des recto-colites ulcéreuses et hémorragiques par la vitamine A. Etude critique du résultat après deux ans d'application. in Société de gastro-entérologie de Paris, séance du 11-1-37.
- RETZLASS. — Perforation du rectum par le rectoscope. (*Munch. méd. Wschr.* n° 30, Juillet 1912, p. 1669).
- Roger SAVIGNAC. — A propos des enterroragies d'origine sigmoïdienne. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, Mars 1934, page 292),
- SCHMITT. — Perforation du rectum au cours d'une rectoscopie. (*Munch. méd. Wechr*, n° 21, Mai 1912, p. 1154).
- SENEQUE. — Rectites inflammatoires et sténoses rectales. (*Soc. de chir.* 18 Octobre 1933) et :
- SENEQUE. — Maladies de Nicolas-Favre et rétrécissements du rectum. (*Presse médicale*, 7 Mars 1934).
- STRAUSS H. — Zur Methodik der rektoskopie. *Berl. Kl. Wschr.*, n. 48, 1903, p. 1109.
- STRAUSS. — Prokto-sigmoidoskopie, 1 vol. Leipzig 1910.
- TRAN VAN CHI. — De l'amibiase intestinale chronique : données étiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Thèse Montpellier* 1937.
- ZAUN. — Cautérisation des hémorroïdes par la glycérine phéniquée. (*Dermatologische Woch*, t. XCVII, n. 36, 9 sept. 1933).

Table des Matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Le matériel... .. .	11
Indications de la rectoscopie	15
L'examen rectoscopique	17
CHAPITRE II. — Les données physiologiques	22
CHAPITRE III. — Les données pathologiques	24
CHAPITRE IV. — Le diagnostic	32
I. Le diagnostic évolutif	32
II. Le diagnostic étiologique	38
a) Rectocolites spécifiques	39
Syphilitiques	39
Gonococciques	39
Tuberculeuses	40
b) Rectocolites non spécifiques.....	43
Rectocolites microbiennes	43
Rectocolites parasitaires	44
Rectocolites hémorragiques	55
c) Les Néoforations	68
Troubles vasculaires. Angiomes ..	68
Tumeurs villoses	69
Polypes	69
Cancer	72

CHAPITRE V. — La biopsie.....	76
CHAPITRE VI. — Thérapeutique	78
1. Thérapeutique médicale	78
2. Thérapeutique physiothérapique d'ordre médical	89
3. Thérapautique d'ordre chirurgical	82
4. Applications du Radium.....	84
Conclusion.. . . .	86

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

De la Rectoscopie, ses indications
diagnostiques et thérapeutiques.

par M. Paul GAUDEMARD

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier le 19 Avril 1937

Le Professeur :

VIRES

Vu :

Montpellier, le 20 Avril 1937

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 20 Avril 1937

Le Recteur.

Pour le Recteur,

Le Doyen Délégué :

ASTRUC.

Serment.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
